



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

Nr. 88
November
2022

Editorial

Sir Richard Peto, der zusammen mit Richard Doll diese herausragende epidemiologische Untersuchung bei britischen Ärzten publiziert hat, in der nachgewiesen wurde, dass die Lebenserwartung rauchender Ärzte etwa 10 Jahre kürzer ist als die von nichtrauchenden Ärzten, hat den Nutzen einer Tabakentwöhnung einmal mit den Worten beschrieben: Der Tod im hohen Alter sei unvermeidlich, aber der Tod vor dem hohen Alter ist es nicht. Ein Rauchstopp lohnt sich nach den Berechnungen von Doll & Peto in jedem Alter; wer um das 40. Lebensjahr aufhört zu rauchen, verbessert die eigene Lebenserwartung wieder um 8,5 Jahre. Dennoch stellt sich bei einer infausten Prognose für manche Behandler die Frage, wie die Forderung nach einem Rauchstopp ethisch zu bewerten sei: In jedem Falle bezüglich des Tabakkonsums intervenieren – oder Weiterrauchen tolerieren, weil Patienten angeben, sonst nicht mehr viel vom Leben zu haben? Wie sieht es beispielsweise bei Lungenkrebs aus, der in Deutschland führende Krebs-Todesursache? Auch wenn sich die Überlebenschancen bei Lungenkarzinomen in den letzten Jahrzehnten verbessert haben, ist die 5-Jahres-Überlebensrate nach wie vor klein. Wie wirkt sich ein Rauchstopp nach einer Lungenkrebsdiagnose auf die Überlebenschance aus? Hier sind die Befunde einer Metaanalyse eindeutig: Das Beenden des Rauchens geht mit einer signifikanten Verbesserung des Gesamtüberlebens einher. Unabhängig vom histologischen Subtyp deuten die Daten darauf hin, dass ein Rauchstopp zum Zeitpunkt der Diagnose mit einer bis zu 35-prozentigen Reduktion des Mortalitätsrisikos einhergeht (1). Dennoch haben Umfragen unter Onkologinnen und Onkologen gezeigt, dass die meisten bislang nicht systematisch Tabakentwöhnungsbehandlungen offerieren. In anderen Ländern gibt es bereits Initiativen, um den Zugang zu solchen Behandlungen zu verbessern. Die „Canadian Partnership Against Cancer“ zum Beispiel hat dafür gesorgt, dass bis 2020 87 % der Krebszentren Zugang zu Tabakentwöhnungsbehandlungen etabliert haben. Therapieansätze für Lungenkrebs dürfen die Behandlung des Rauchens nicht ausklammern. Patienten geht es deutlich schlechter, wenn sie weiterrauchen. Es gibt sicher noch wichtige Fragen zu klären, wie zum Beispiel die Anpassung der Tabakentwöhnungsbehandlung an die Abläufe der Krebsbehandlung. Die Finanzierung der Tabakentwöhnungsbehandlung sollte in diesem Zusammenhang kein zentrales Problem darstellen, wenn die Kosten in Relation zu den Kosten der Krebsbehandlung betrachtet werden.

(1) Evans WK, Warren GW & Dresler C (2022) Ignoring the obvious: smoking cessation improves survival. J Thorac Oncol 17: 596–598, DOI: 10.1016/j.jtho.2022.03.008

Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
Neue Publikationen	3

Fortgesetztes Rauchen nach einer Krebsdiagnose erhöht das Risiko für allgemeine und krebsbedingte Mortalität um 50 % bis 60 %. Patienten muss verständlich vermittelt werden, dass Rauchen negative Auswirkungen auf ihre Krebsbehandlung hat und ein Rauchstopp die Ergebnisse der Behandlung verbessern könnte. Das Thema Rauchstopp muss angesprochen werden, sobald Patienten mit der diagnostischen Aufarbeitung oder Behandlung beginnen. Ein Rauchstopp erhöht die Überlebenschance so eindeutig, dass eine qualitativ hochwertige Krebsbehandlung, die das bestmögliche Ergebnis für den Patienten zum Ziel hat, unter allen Umständen auch eine Tabakentwöhnung für rauchende Patienten beinhalten muss. Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) hat zusammen mit anderen Fachgesellschaften bereits 2018 eine S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Lungenkarzinoms publiziert, in der nachzulesen ist: „Patienten mit Lungenkarzinom, die noch rauchen, sollten dazu motiviert werden, den Tabakkonsum zu beenden. Ihnen sollte eine qualifizierte Tabakentwöhnung angeboten werden (Empfehlungsgrad A)“.

Zu einem anderen Thema: In den letzten Jahrzehnten sind die Bezeichnungen „Süchtiger“ oder „Alkoholiker“ wegen ihrer negativen Konnotation und der Art und Weise, wie sie die Person mit einem Verhalten oder Zustand gleichsetzen, aus der wissenschaftlichen Diskussion nahezu gänzlich verschwunden. Stattdessen wird der Mensch an erster und die spezifische Bedingung an zweiter Stelle genannt („Person mit einer Substanzstörung“; „Person mit Alkoholkonsumstörung“). Der Begriff „Raucher“ jedoch wird in der Tabakforschung sowie im klinischen Umfeld und in der öffentlichen Gesundheitspolitik nach wie vor verwendet, obwohl keine allgemein wissenschaftlich anerkannte Definition dieses Begriffs existiert.

Hauptanliegen eines jüngst publizierten Beitrags dazu (2) war es, darauf hinzuweisen, dass Sprache und Begriffe, die

(2) Goodwin RD & Walker LK (2022) Time to quit using the word “smoker”: Reflecting on the role of language in advancing the field of nicotine and tobacco research. Nicotine Tob Res: ntac218 (online veröffentlicht am 21. September 2022), DOI: 10.1093/ntr/ntac218

im wissenschaftlichen Diskurs verwendet wird, präzise, respektvoll und effektiv sein sollten. Warum hat sich der Begriff „Raucher“ so lange gehalten? Auch in diesem Newsletter findet sich dieser Begriff an vielen Stellen. Spiegelt sich hier die Ungleichbehandlung der Tabakkonsumstörung im Vergleich zur Behandlung anderer Arten von Substanzkonsumstörungen wider? „Rauchen“ wird oft als eine Gewohnheit und nicht als behandlungsbedürftige Krankheit bewertet; „Tabakabhängigkeit“ oder „Nikotinabhängigkeit“ sind weniger missverständliche Begriffe. Sich auf den Konsum von Zigaretten zu konzentrieren, anstatt sich auf „Rauchen“ zu beziehen, würde eine größere Übereinstimmung mit der Diskussion über den Konsum anderer Substanzen bringen. Die konsequente Verwendung des Begriffs „Gebrauch“ setzt Tabak mit anderen Substanzen gleich (so wie zum Beispiel im DSM-5), auch wenn Unterschiede bei der Behandlungsfinanzierung bestehen bleiben. Vielleicht spielt hier auch eine Rolle, dass die Bezeichnung „smoker“ in New York (Prävalenz 11 %) eine stärker stigmatisierende Vokabel darstellt als „Raucher“ hier bei uns. Eine einfache Ersatzvokabel wird von den Autoren nicht geliefert.

Wir hatten schon im letzten Newsletter auf die besorgniserregende Entwicklung der Rauchprävalenz in Deutschland hingewiesen. Die Zahlen der „Deutschen Befragung zum Rauchverhalten“ (Debra; www.debra-study.info) aus der letzten Erhebungsweile weisen mit 37,6 % Prävalenz nach 34,5 % bei der letzten Welle den höchsten Wert seit Beginn der Erhebung Ende 2016 auf. Dieser Anstieg geht vor allem auf erwachsene rauchende Menschen zurück. Diese Entwicklung verdeutlicht, wie wichtig eine bessere Verfügbarkeit professioneller Angebote für einen Rauchstopp ist.

In der dritten Ausgabe unseres Newsletters für 2022 werden drei neue Publikationen besprochen. Zunächst wird ein neues Instrument vorgestellt, mit dem Erwartungen bezüglich des Behandlungsergebnisses von Tabakentwöhnungsmaßnahmen seitens der Patienten gemessen werden. Dann folgt eine Studie, die hypothetische Ausgestaltungen von Incentives für Tabakabstinenz untersuchte und wie sich diese auf die Bereitschaft zur Anmeldung für ein Tabakentwöhnungsprogramm auswirken würden. Als Drittes werden Auswertungen von Interviews mit verschiedenen Berufsgruppen – darunter neben Behandelnden auch Konsumierende und Tabakkontrollexperten und -expertinnen – zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie im Vereinigten Königreich vorgestellt.

Der nächste Newsletter wird kurz vor den Weihnachtsfeiertagen erscheinen.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung

Ihr Redaktionsteam
Katrin Schaller, Peter Lindinger, Anil Batra

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

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe



- **Kursleiterschulung für das „Rauchfrei Programm“ des IFT und der BZgA durch das IFT Gesundheitsförderung München**
Die Kursleiterschulungen sind nur für staatlich anerkannte Berufe aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zugänglich. Termine Standardschulung München 21.–25.11.2022; verkürzte Schulung München 7.–9.11.2022. Infos unter <http://www.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 SGBV“ 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>



- **20-stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.**
Teilnehmende werden ausführlich in die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Rauchenden mit dem gemäß § 20 SGBV anerkannten Programm „Nichtraucher in 6 Wochen“ eingeführt und sollten allgemeine Erfahrung in der Suchttherapie mitbringen. Teilnehmende haben Anspruch auf Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer. Termine: 29.–31.3.2023 im Rahmen der Tübinger Suchttherapietage. Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen. Information und Anmeldung: Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen, Tel.: 07071/2 98 23 13, Fax: 07071/295384 oder sucht@med.uni-tuebingen.de

Kongresse/Tagungen

National

- **20. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle am 7. und 8.12.2022 in Heidelberg als Hybridveranstaltung**
Programm und Anmeldung auf www.tabakkontrolle.de

International

- Die 29. SRNT-Konferenz vom 1.–4.3.2023 wird als Präsenzveranstaltung in San Antonio, Texas, stattfinden. Die Einreichung von Abstracts und Symposien ist bereits geschlossen; die Registrierung ist ab Dezember möglich. Updates unter https://www.srnt.org/page/2023_Meeting

Neue Publikationen

Ferkin AC, Tonkin SS, Maguin E, Mahoney MC, Colder CR, Tiffany ST & Hawk Jr. LW (2022)

A psychometric evaluation of the Stanford Expectations of Treatment Scale (SETS) in the context of a smoking cessation trial

Nicotine Tob Res: ntac187 (online veröffentlicht am 30. Juli 2022), DOI: 10.1093/ntr/ntac187

Hintergrund

Neben der Verbesserung der Wirksamkeit von Behandlungskomponenten beschäftigt sich die Tabakentwöhnungsforschung auch mit Patienten-Merkmalen, die mit Adhärenz und Behandlungserfolg zusammenhängen. Obwohl Erwartungen bezüglich des Behandlungsergebnisses seitens der Patienten (treatment outcome expectancies, TOEs) klinische Ergebnisse beeinflussen könnten, werden TOEs bei der Tabakentwöhnungsbehandlung selten untersucht. Dies könnte auf fehlende validierte Messinstrumente zurückzuführen sein. Aus diesem Grunde wurde in dieser Arbeit die Stanford Expectations of Treatment Scale (SETS) psychometrisch evaluiert. Die TOEs-Scores wurden im Rahmen einer klinischen Studie zur Tabakentwöhnungsbehandlung gewonnen. TOEs werden oft als statischer Trait betrachtet, auch wenn es Gründe zu der Annahme gibt, dass sie durch Erfahrungen mit einer Behandlung veränderbar sind. TOEs könnten zum Beispiel anfängliche Therapietreue und die Wahrscheinlichkeit für frühe Wahrnehmung von Nebenwirkungen vorhersagen; das Auftreten von Nebenwirkungen könnte umgekehrt aber auch die TOEs als auch die anschließende Adhärenz beeinflussen.

Methode

Teilnehmende waren 320 Erwachsene an einer zweiarmigen, randomisierten kontrollierten Studie (intensivierte Vareniclin-Vorbehandlung, beginnend vier Wochen vor Rauchstopp im Vergleich zu Standardbehandlung). Über einen 8-wöchigen Behandlungszeitraum wurden Art und Stabilität der Faktorenstruktur des SETS mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse (CFA) untersucht, ebenso die Diskriminanzvalidität durch Untersuchung von Korrelationen mit Abstinenzselbstwirksamkeit und positiver/negativer Affekte (PA/NA). Von Interesse war natürlich auch die interne Konsistenz und Test-Retest-Reliabilität. Die TOEs wurden über einen achtwöchigen Interventionszeitraum aufgezeichnet, davon vier Wochen vor dem Rauchstopp und vier Wochen danach. Erfasst wurden

TOEs und Selbstwirksamkeit mehrmals am Tag per Smartphone mittels sogenannter ökologischer Momentaufnahmen (ecological momentary assessments, EMA). Es gab jeweils am Vormittag ein kurzes, ein bis zwei-minütiges Assessment und weitere stichprobenartige Assessments im Tagesverlauf (viermal täglich). Der SETS-Fragebogen besteht aus sechs Items, wovon drei positiv formuliert sind:

- diese Behandlung wird vollständig wirksam sein
- ich habe volles Vertrauen in diese Behandlung
- mein Zustand wird sich nach der Behandlung vollständig gebessert haben

Die drei anderen Items sind negativ formuliert:

- ich bin nervös wegen der negativen Auswirkungen dieser Behandlung
- ich habe Befürchtungen in Bezug auf die Behandlung
- ich mache mir Sorgen um meine Behandlung

Zudem wurden positive und negative Affekte erhoben und deren Zusammenhang mit TOEs geprüft.

Ergebnisse

56 Prozent der Gesamtstichprobe identifizierten sich selbst als weiblich. Die Teilnehmenden waren durchschnittlich 54 Jahre alt und berichteten zu Studienbeginn einen Tageskonsum von durchschnittlich 18 Zigaretten ($SD=7$). Der CO-Gehalt in der Ausatemluft lag bei 26 ppm ($SD=13$). Die Tabakabhängigkeit war recht hoch (Mittelwert FTCD = 5,5; $SD=2,0$). Konfirmatorische Faktorenanalysen ergaben eine stabile 2-Faktoren-Struktur, die wenig Varianz über den Erhebungszeitraum aufwies. Auch die Behandlungsphase – vor und nach Rauchstopp – hatte wenig Einfluss auf die Werte. Positive und negative TOEs spiegelten sich jeweils in den Drei-Item-Subskalen wider, die eine moderate bis sehr hohe interne Konsistenz aufwiesen (Cronbachs Alphas $\geq 0,77$). Positive und negative TOEs waren moderat korreliert mit positiven und negativen Affekten (alle $R_s < 0,27$, $p < 0,05$). Nur positive TOEs, aber keine negativen TOEs waren mit Selbstwirksamkeit für Abstinenz korreliert ($R_s = 0,45$ bis $0,61$, $p < 0,01$). Sowohl positive als auch negative TOEs-Werte zeigten eine moderate Test-Retest-Reliabilität ($R_s = 0,54$ bis $0,72$).

Diskussion

Die Faktorenstruktur der TOE-Werte blieb über Woche 1, 3, 5 und 7 konsistent, was für eine Stabilität des Konstrukts sowohl vor als auch nach dem Rauchstopp spricht. Während positive und negative TOE-Faktorwerte in der Regel signifikant und negativ korreliert sind, unterstützen die CFA-Ergebnisse die Unterscheidung in positive und negative TOEs. Dies stimmt mit früheren Faktorenanalysen überein, die bei z.B. Schmerzmanagement durchgeführt wurden, wo konsequent zwischen positiven und negativen TOEs unterschieden wird. Die Testgütekriterien waren insgesamt erfüllt, trotz der geringen Anzahl der Items: Die interne Konsistenz ist akzeptabel, die Test-Retest-Reliabilität war wie erwartet moderat.

Von größerer Bedeutung für die Konstruktvalidität war die Beziehung zwischen positiven TOEs und Selbstwirksamkeit der Abstinenz. TOEs und Selbstwirksamkeit sind theoretisch zwei unterschiedliche Konstrukte, die sich allerdings gegenseitig beeinflussen können. Der Zusammenhang lässt sich nicht

einfach erklären: möglicherweise liegt es an Ähnlichkeiten in der Formulierung zwischen Selbstwirksamkeits-Items und positiven TOE-Items (wie zum Beispiel: „Ich habe volles Vertrauen in diese Behandlung“). Weitere Studien, in denen neben den verbreiteten Selbstwirksamkeitsskalen auch TOEs erhoben werden, könnten hier mehr Klarheit schaffen. Besonders interessant wäre auch die prädiktive Validität des hier untersuchten Konstrukts, also die Frage, inwieweit TOE-Scores – ähnlich wie Selbstwirksamkeit – möglicherweise auch mit mittel- oder langfristiger Abstinenz in Zusammenhang stehen.

Breen RJ, Palmer MA, Frandsen M & Ferguson SG (2022)

Design of financial incentive programs for smoking cessation: a discrete choice experiment

Nicotine Tob Res 24: 1661–1668, DOI: 10.1093/ntr/ntac042

Hintergrund

Zur Unterstützung von angestrebten Verhaltensänderungen können angenehme Konsequenzen wie finanzielle Anreize (sogenannte Incentives) bei Erreichung von Änderungszielen eingesetzt werden. Kontingenzmanagement wird in der Verhaltenstherapie seit Jahrzehnten zur Verhaltensmodifikation bei einer Vielzahl psychischer Störungen und Probleme erfolgreich eingesetzt. Die Akzeptanz von Incentives hängt auch von soziokulturellen Einstellungen und sozioökonomischen Lebensverhältnissen ab. Wie hoch der Anreizbetrag sein sollte und wie dieser mit anderen Programmmerkmalen interagiert, ist bislang nicht erforscht. Ziel dieser Studie war es, die Präferenz für unterschiedliche Ausgestaltungen von finanziellen Anreizen und anderen Programmmerkmalen zu untersuchen. Die zentrale Frage war, wie sich einzelne Bedingungen, aber insbesondere Höhe und Art der Incentivierung auf die Bereitschaft auswirken würde, sich für ein Tabakentwöhnungsprogramm anzumelden.

Methode

Ein Online-Discrete-Choice-Experiment wurde unter 430 erwachsenen Tabakkonsumenten aus UK durchgeführt. Teilnehmende wurden nach Bildung und Einkommen kategorisiert und sollten ihr bevorzugtes Entwöhnungsprogramm jeweils zehnmal aus zwei Optionen mit unterschiedlichen Designs auswählen (sogenanntes diskretes Entscheidungsexperiment, Discrete Choice Experimente, DCEs). DCEs sind eine präferierte Methode, um die wahrgenommene Wichtigkeit bestimmter Programmattribute und Präferenzen für die Stufen dieser Attribute zu berücksichtigen.

Hypothetische Incentive-Programme wurden anhand von fünf Attributen beschrieben:

- Incentive-Betrag (insgesamt maximal 50 bis maximal 1000 britische Pfund)
- Incentive-Art (Bargeld oder Gutschein)
- Häufigkeit der Sitzungen (alle 14 Tage bis drei/Woche)
- Zeitplan für die Ausschüttung der Belohnung bei Abstinenz (ansteigend mit zunehmender Abstinenzdauer vs. fixer Betrag jede Woche)
- Ort der Durchführung (Arbeitsplatz vs. Gesundheitszentrum)

Die Programme sollten sich jeweils über insgesamt 10 Wochen erstrecken.

Neben der Präferenz für eines von zwei hypothetischen Programmen sollten die Versuchsteilnehmenden auch angeben, ob sie sich auch für ihr bevorzugtes Programm anmelden würden, wenn es verfügbar wäre. Die Daten wurden mittels Mixed-Logit Modellen analysiert.

Ergebnisse

Im Durchschnitt waren die Teilnehmenden 37,5 Jahre alt; 57 % waren weiblich. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden hatten im vergangenen Jahr einen Ausstiegsversuch unternommen und beabsichtigte, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören. Das Bildungsniveau lag etwas höher als in der Population von Rauchenden insgesamt. 45% der Teilnehmenden waren bereit, sich für alle Programme anzumelden; nur 2,7 % erklärten, sich für keines der vorgestellten Programme anzumelden (diese Teilnehmenden wurden für die weiteren Analysen nicht eingeschlossen). Unter allen Auswahlmöglichkeiten lag der Anteil der Teilnehmenden, die sich anmelden würden, bei durchschnittlich 81 %, also ausgesprochen hoch.

Insgesamt bevorzugten die Teilnehmenden höhere Beträge gegenüber niedrigeren Beträgen, Bargeld gegenüber Gutscheinen, Gesundheitseinrichtungen gegenüber Arbeitsplätzen und fixe Beträge anstatt ansteigende Auszahlungsbeträge. Eine Sitzung pro Woche war die am meisten bevorzugte Sitzungshäufigkeit. An Interaktionen fiel auf, dass Teilnehmende mit mittlerem und hohem Einkommen höhere Beträge bevorzugten im Vergleich zu Teilnehmenden mit niedrigem Einkommen.

Bei einem ansonsten konstanten Programmdesign lag der Betrag, bei dem Teilnehmende indifferent waren, ob sie sich für ein Programm einschreiben oder nicht bei etwa £248 (KI = £ 202,80–£ 290,78).

Es wurden keine Unterschiede bei der Einschreibung zwischen den Einkommensgruppen gefunden. Wie zu erwarten war, stieg die geschätzte Anmeldequote mit zunehmender Höhe der Geldbeträge: Bei insgesamt £50 würden sich etwa 45 % einschreiben, bei £1000 wären es hingegen etwa 99 %. Eine Verdoppelung des ausbezahlten Geldbetrags von £500 auf £1000 erhöhte die prognostizierte Einschreibungsrate nur noch um 10,6 %. Wenn bei ansonsten unveränderten Bedingungen statt Bargeld Gutscheinprämien in Aussicht gestellt wurden, verringerte sich die prognostizierte Anmeldequote, wobei allerdings die Differenz zwischen Bargeld und Gutschein mit zunehmendem Betrag abnahm.

Diskussion

Die berichteten Ergebnisse deuten darauf hin, dass finanzielle Anreize besonders dann attraktiv sind und zu einer Anmeldung für ein Tabakentwöhnungsprogramm führen, wenn höhere Geldbeträge in Aussicht gestellt werden, gleichbleibende Beträge in bar ausgezahlt werden, und Treffen einmal pro Woche in Gesundheitszentren stattfinden. Diese Befunde stehen weitgehend im Einklang mit früheren Forschungsergebnissen für Verhaltensweisen wie Drogenkonsum und

körperliche Bewegung. Obwohl Teilnehmende mit höherem Einkommen im Vergleich zu Teilnehmenden mit niedrigerem Einkommen auch höhere Anreize präferierten, führte dies nicht zu Unterschieden in der Bereitschaft, sich für ein Programm anzumelden.

Höhere Beträge schlagen sich wie erwartet in höheren Anmeldezeiten nieder, wobei es anscheinend eine Obergrenze gibt, ab der eine weitere Erhöhung des Anreizbetrags nicht sinnvoll erscheint.

Die hier verwendete Methode eines diskreten Entscheidungs-experiments ist mit geringen Kosten verbunden und kann als Grundlage für die bestmögliche Ausgestaltung von Incentive-Programmen dienen. Obwohl hier Entscheidungen innerhalb hypothetischer Szenarien getroffen wurden und unter realen Bedingungen möglicherweise anders entschieden wird, deuten einige Untersuchungen bereits darauf hin, dass DCEs für Gesundheitsprogramme die reale Welt recht gut widerspiegeln können. Nicht übersehen werden darf, dass hier jeweils das Interesse an einer Anmeldung gemessen wurde; es ist unklar, ob dies auch mit Adhärenz oder tatsächlichen Verhaltensänderungen einhergeht. Um sich anzumelden, wurden konsistente Incentives präferiert. Es ist aber durchaus vorstellbar, dass variable Verstärkung und eskalierende Belohnungen das Engagement und die Wirksamkeit der Maßnahmen besser fördern, also zu höheren Abstinenzraten führen als gleichbleibende Incentives.

Johnston E, Manpreet B, Hunter A & Langley T (2022)

The impact of the COVID-19 pandemic on smoking, vaping and smoking cessation services in the UK: a qualitative study

Nicotine Tob Res: ntac227 (online veröffentlicht am 11. Oktober 2022), DOI: 10.1093/ntr/ntac227

Hintergrund

Im letzten Newsletter wurde bereits über die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Tabakkonsum hier in Deutschland berichtet. Mit einem qualitativen Ansatz werden in dem hier vorgestellten Paper Erfahrungen aus dem Vereinigten Königreich berichtet. Dazu wurden Behandelnde (stop smoking professionals, SSP), führende Tabakkontrollexperten (Tobacco Control Leads, TCL), rauchende oder dampfende Personen, solche mit dualem Gebrauch (smokers, vapers and dual users, SVD) sowie Mitarbeitende aus Vape Shops (VS) zu den Auswirkungen der Pandemie interviewt. Erklärend ist hierzu anzumerken, dass E-Zigaretten in UK anders als in Deutschland als potenzielle Ausstiegshilfe und weniger schädliche Alternative zum Rauchen bewertet werden.

Methode

Für jede Gruppe wurden separate semi-strukturierte Interview-Leitfäden entwickelt. Allen Teilnehmenden wurden grundlegende demografische Fragen gestellt, darunter Standort, Alter, Geschlechtsidentität und Rauch-/Dampfstatus. Rauchende und/oder dampfende Teilnehmende wurden zu Veränderungen

des Rauch- und/oder Dampfverhaltens und spezifischen Herausforderungen befragt. Von Interesse war auch, inwieweit sich die Tabakentwöhnungsdienste während der Pandemie angepasst hatten und wie sich diese Anpassungen auswirkten. Betreiberinnen und Betreiber von Vape-Shops wurden nach den Auswirkungen der Pandemie auf ihre Geschäfte gefragt. Die Interviews wurden zwischen Mai und September 2020 telefonisch geführt und digital aufgezeichnet.

Ergebnisse

Ursprünglich hatten 301 SVD und 109 SSP/ TCL Interesse an der Teilnahme angemeldet. 2309 VS wurden identifiziert, nach geografischem Gebiet und dessen sozioökonomischer Benachteiligung geschichtet, in ländlich und städtisch aufgeteilt und dann zufällig aus diesen Schichtungen ausgewählt, um möglichst repräsentativ zu sein. Insgesamt wurden schließlich 39 Interviews durchgeführt (20 SSP, 7 TCLs, 7 SVD- und 5 VS-Mitarbeiter). Die Interviews dauerten zwischen 32 und 59 Minuten.

Vier übergeordnete Themen mit entsprechenden Unterthemen wurden mittels der sogenannten thematischen Analyse identifiziert:

- a) Lockdown als Barriere, um rauchfrei zu werden oder zu bleiben;
 - b) COVID als Katalysator für das Aufhören und Rauchfreibleiben;
 - c) Änderungen im E-Zigarettengebrauch und Herausforderungen für Konsumierende und Vape-Shops;
 - d) Herausforderungen für die Behandelnden und Unterstützungsangebote
- a) Einige Befragte berichteten, dass sie zur Bewältigung der Belastungen wieder mit Rauchen angefangen hätten, während andere es sehr schwierig fanden, mit dem Rauchen aufzuhören oder rauchfrei zu bleiben. Dies wurde auf die Belastungen zurückgeführt, die COVID mit sich brachte, einschließlich Heimunterricht, Heimarbeit, Arbeitsplatzunsicherheit, Sorgen um Familienmitglieder und Isolation. Nicht in der Lage zu sein, an üblichen alternativen Aktivitäten teilzunehmen, wie beispielsweise ins Fitnessstudio zu gehen, erhöhte ebenso die Gefahr, rückfällig zu werden. SSPs berichteten, dass einige Klienten zu der Entscheidung gelangt seien, dass das Timing aufgrund von Stress und Langeweile im Zusammenhang mit der Pandemie nicht ideal sei, um einen Ausstiegsversuch zu unternehmen. Diese Personen hatten offen mit den Tabakentwöhnungsexperten darüber gesprochen, dass sie den Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, aufschieben würden, bis sich die COVID-Situation wieder entspannt hätte.

- b) Bei anderen Befragten stieg die Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören oder rauchfrei bleiben zu wollen. Dies sei auch auf die Verringerung der Rauchauslöser zurückzuführen, wie beispielsweise Treffen mit Freunden oder Besuche in der Kneipe. SVD und SSP erwähnten gleichermaßen, dass Menschen Angst vor COVID-19 hatten, da es sich um eine Atemwegserkrankung handelte und Konsumierende bei sich selbst ein erhöhtes Erkrankungsrisiko wahrnahmen. Fragen im Zusammenhang mit der erhöhten Anfälligkeit von Rauchenden wurden auch von SSP und TCLs beobachtet, die

Impressum:

Dieser Newsletter erscheint viermal jährlich.

Herausgeber:

Deutsches Krebsforschungszentrum

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

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

Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. Katrin Schaller

Redaktion:

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

während der Pandemie mehr Zuweisungen und Ausstiegsaktivitäten berichteten, insbesondere bei älteren und anfälligeren Bevölkerungsgruppen.

c) Die meisten E-Zigarettennutzenden berichteten über Veränderungen in ihrem Vaping-Verhalten. Befragte hatten gesundheitliche Bedenken hinsichtlich des Einatmens von Dampf in die Lunge während des Ausbruchs einer Atemwegserkrankung und nahmen Hilfe in Anspruch, um das Dampfen während der Pandemie zu stoppen. Es wäre eine gewisse Herausforderung gewesen, während der täglichen Spaziergänge dämpfen zu können und eine Maske tragen zu müssen. Die sichtbaren Dampf Wolken erzeugten Befürchtungen, dass andere diese Dampf Wolken als visuelle Darstellung sich ausbreitender Keime wahrnehmen würden. Teilweise herrschte die Meinung (auch unter SSPs und TCLs), dass Vape-Shops als wesentliche Dienstleistung hätten behandelt werden sollen, und einige hatten sich aktiv dafür eingesetzt, dass sie offen bleiben. Einige SVD äußerten Unverständnis, dass sie während der Lockdowns in offenen Geschäften Zigaretten kaufen konnten, aber nicht in der Lage waren, ihren Vape-Shop zu besuchen, um dort Nachschub zu besorgen. Viele Vape-Shops und Konsumierende stellten auf online-Handel beziehungsweise online-Einkauf um. Der Lockdown hatte nachteilige wirtschaftliche Auswirkungen auf Vape-Shops; Produkte mit Verfallsdatum mussten entsorgt werden und einige größere Verkaufsstellen mussten dauerhaft schließen.

d) SSPs mussten während des Lockdowns auf Remote-Unterstützung umstellen. Diese Änderungen führten einerseits zu Barrieren, wie logistische Probleme für SSP, die von zu Hause aus tätig waren. Selbstangaben bezüglich Rauchstatus konnten nicht mehr mit Kohlenmonoxid-Messung überprüft werden. Andererseits äußerten sich SSP und TCL jedoch durchaus positiv über Änderungen bei der Leistungserbringung, und wollen ein hybrides Unterstützungsangebot beibehalten, das sowohl Telefon- als auch persönliche Beratung umfasst. Ein weiteres Problem war die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von NRT, das nicht mehr einfach direkt übergeben werden konnte. Während einige Dienste in der Lage waren, NRT in größeren Mengen schnell zu versenden, hatten andere Dienste damit erhebliche Schwierigkeiten (Verzögerungen mit Hausarztverschreibungen oder schlechtere Verfügbarkeit in Apotheken).

Diskussion

Diese Studie bietet neue Einblicke in die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Tabak- und E-Zigaretten-Konsumierende, Tabakentwöhnungsdienste und diejenigen, die in

Vape-Shops arbeiten. COVID war ein Katalysator für gesundheitliche Veränderungen und ermutigte Menschen, rauchfrei zu werden oder zu bleiben. Isolation durch Lockdowns, zusätzliche Stressfaktoren wie Arbeitsplatzunsicherheit, Heimarbeit und Homeschooling waren jedoch Hindernisse dafür, rauchfrei zu bleiben. Es gab einige Hinweise darauf, dass diejenigen, die bereits E-Zigaretten konsumierten, in dieser Zeit mehr konsumierten. Ähnlich wie bei Personen, die Mühe hatten, rauchfrei zu bleiben, wurde ein Anstieg des Dampfens oft auf Stress und die Arbeit aus dem Homeoffice zurückgeführt. E-Zigaretten-Konsumierende hatten aufgrund von erzwungenen Schließungen im Rahmen der nationalen Lockdowns Schwierigkeiten, die notwendigen Utensilien zu bekommen. Die Schließungen der Vape-Shops wurden von TCL und SSP nicht unterstützt. Vape-Shop-Manager berichteten von erheblichen wirtschaftlichen Verlusten, die in einigen Fällen zur dauerhaften Schließung von Geschäften führten. Bei anderen gab es einen Anstieg der Online-Verkäufe; dies sei jedoch nicht ausreichend gewesen, um die wirtschaftlichen Verluste auszugleichen.

Kampagnen zur Tabakentwöhnung nutzten COVID zu deren Förderung. Die „Quit for COVID-Kampagne“ war durchaus erfolgreich; etwa 300 000 Menschen sollen im Rahmen der Kampagne rauchfrei geworden sein, weitere 550 000 Ausstiegsversuche werden der Kampagne zugeschrieben. Die Kostenwirksamkeit von Medienkampagnen zur Förderung des Rauchstopps ist belegt. Ein hier interviewter Tabakkonsument empfand dies jedoch als „Angstmacherei“ und war der Ansicht, dass Botschaften über das COVID-Risiko und Rauchen eher einen gegenteiligen Effekt haben. Angstinduzierende Botschaften zur Förderung gesundheitsbezogener Verhaltensänderungen können auch kontraproduktiv sein.

Tabakentwöhnungsdienste standen teilweise auch unter immenssem Druck, weil sie von zu Hause aus arbeiten mussten; meist haben sie auf telefonbasierte Beratung umgestellt. Trotz anfänglicher Bedenken konnten durch die telefonischen Angebote ansonsten schwer erreichbare Gruppen wie rauchende Schwangere besser versorgt werden. Es kam zu einem Rückgang verpasster Termine und einem fruchtbareren Austausch; diese Interaktionen telefonisch durchzuführen kann ein Gefühl der Anonymität und die Selbsteröffnung fördern. Auch logistisch können telefonische Termine Vorteile bringen, wie zum Beispiel für Menschen mit kleinen Kindern, Mobilitätsproblemen oder schlechter Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel. Manche Änderungen wurden auch nach Ende des Lockdowns beibehalten; die Aufrechterhaltung eines Remote-Angebots der Tabakentwöhnungsdienste zum Beispiel dürfte das Engagement bei schwer erreichbaren und besonders gefährdeten Gruppen auch künftig verbessern.