



Newsletter Tabakentwöhnung

des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle
am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg

dkfz.

DEUTSCHES
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT

Forschen für ein Leben ohne Krebs



WHO-Kollaborationszentrum
für Tabakkontrolle

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

Nr. 94
Februar
2023

Editorial

Wer von Ihnen schon länger zu den Leserinnen oder Lesern des Newsletters gehört, erinnert sich vielleicht an die bundesweiten „Rauchfrei im Mai“-Kampagnen, die von 2004 bis 2008 durchgeführt wurden. Bei der letzten Kampagne in 2008 wurde im Vorfeld im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Deutschen Krebsforschungszentrums eine Repräsentativbefragung bei rund 2000 Männern und Frauen im Alter ab 16 Jahren durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass „Rauchfrei 2008“ bei 44 Prozent der Bevölkerung bekannt war und 27 Prozent der befragten Raucherinnen und Raucher angaben, noch im Laufe des Jahres mit dem Rauchen aufhören zu wollen. Bedeutsam für den Erfolg der Aktion waren die Motivation und Begleitung durch Familienangehörige, Freunde und Kollegen. In diesem Jahr gibt es erstmals wieder eine Neuauflage der „Rauchfrei im Mai“-Kampagne: Sie ist aus der Rauchfrei-Kampagne des Drogenbeauftragten hervorgegangen und wird vom Institut für Therapieforschung Nord in Kiel organisiert. Wer mithelfen will, dass auch die 2024er Kampagne zu einem Erfolg wird, kann Raucherinnen und Raucher auf die bevorstehende Kampagne hinweisen. Ab dem 13. März ist die Anmeldung zur Teilnahme möglich (<https://www.rauchfrei-im-mai.de>).

Zu einem anderen Thema: Trotz der ungünstigen Konsequenzen, die mit fortgesetztem Rauchen verbunden sind, raucht ein erheblicher Anteil der Krebspatienten nach der Diagnose weiter. Über Interventionen zur Tabakentwöhnung bei dieser Zielgruppe wird jedoch nur in begrenztem Umfang berichtet, obwohl die Diagnose einer tabakassoziierten Erkrankung wie Krebs eine gute Gelegenheit für einen Rauchstopp ist („window of opportunity“), die für Interventionen genutzt werden sollte. Ziel einer irischen Studie war es deshalb, die Sichtweise und Erfahrungen von rauchenden und seit kurzem nicht mehr rauchenden Krebspatienten zu ergründen (1). Aus halbstrukturierten Telefon- und Internet-Interviews mit 25 Teilnehmern wurde eine thematische Analyse durchgeführt, die vier Schlüsselthemen zu Tage förderte. Als erster Punkt wurde genannt, dass die Diagnose ein Schock war und die Beendigung des Rauchens eine Reaktion darauf. Dann berichteten die Befragten von kurzen und variablen Unterstützungsangeboten. Die meisten Teilnehmenden fühlten sich nicht stigmatisiert und

Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
Neue Publikationen	3

gaben an, hilfreiche mündliche oder schriftliche Informationen über weiterführende Unterstützung erhalten zu haben. Die Inanspruchnahme dieser zusätzlichen Unterstützung war jedoch begrenzt und größtenteils unwirksam. Einige Befragte berichteten, dass Beratungsgespräche meist in der früheren Behandlungsphase stattfanden und später nur noch in begrenztem Umfang bzw. gar nicht mehr geführt wurden. Ein drittes bedeutendes Thema waren erleichternde Faktoren und Hindernisse: Das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Willenskraft und Motivation wurde als wichtig erachtet. Sowohl die Familie als auch die professionelle Unterstützung wurden als Ressourcen bezeichnet, wohingegen Stress als Hindernis für einen Rauchstopp wahrgenommen wurde. Als letzter Punkt wurde genannt, dass der Rauchstopp ein „Marathon“ und kein „Sprint“ sei. Krebspatienten, die weiterhin rauchen und gerade aufgehört haben, wünschen sich einen individuellen, nicht wertenden Ansatz zur Unterstützung des Rauchstopps, der sowohl pharmakologische als auch verhaltenstherapeutische Interventionen umfasst, in der Klinik beginnt und danach außerhalb des Kliniksettings weitergeführt wird.

Einige wünschten sich ein proaktives Vorgehen, das in den gesamten Behandlungsplan eingebettet wird: „Dass man gesagt bekommt, an diesem und diesem Tag beginnen wir dieses Ausstiegsprogramm, weil das Weiterrauchen der Gesundheit definitiv schadet. Und wenn man Sie in ein Programm einträgt, könnte man sagen, es ist nicht verpflichtend, niemand kann Sie zu so etwas zwingen, aber man sollte vielleicht sagen, das ist Teil der Behandlung.“ Spezialisierte Beratungspersonen wurden als die wichtigsten Akteure identifiziert, um die Rauchstoppbehandlung zu initiieren; zudem können onkologische Pflegekräfte Krebspatienten, die rauchen oder vor kurzem aufgehört haben, unterstützen, indem sie sich für umfassende Tabakentwöhnungsangebote einsetzen und positive Botschaften und Ermutigung verbreiten.

(1) Fox P, Bhardwaj N, Lyons A, Niranjana V, Frazer K, Syed S, McCann A, Brennan S, Brennan D, Kelly C, Keane M, Fitzpatrick P (2024) Smoking cessation support: A marathon, not a sprint; the perspectives of cancer patients who smoke. *Semin Oncol Nurs*: 151584, DOI: 10.1016/j.soncn.2024.151584

In der für 2024 ersten Ausgabe unseres Newsletters werden drei neue Publikationen, darunter zwei Metaanalysen ausführlich besprochen. Zunächst wird eine Pilotstudie vorgestellt, die die spezifische Problematik rauchender Paare und das Potenzial beleuchtet, wie diese mit finanziellen Anreizen zu einer Programmteilnahme und Tabakabstinenz nach drei Monaten zu bewegen sind. Dann folgt ein aktuelles Review einer Arbeitsgruppe aus Chengdu, China, zur Wirksamkeit von E-Health-Interventionen. Das dritte vorgestellte Paper fasst die Ergebnisse kontrollierter Studien mit unterschiedlichen Nachbefragungszeiträumen zur Acceptance & Commitment Therapie (ACT) zusammen. ACT ist eine psychotherapeutische Weiterentwicklung der klassischen Verhaltenstherapie, deren Potenzial in der Tabakentwöhnung noch genauer zu erforschen ist.

Wir weisen Sie an dieser Stelle noch auf die 25. Frühjahrs-Tagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. am 13. März 2024 in Frankfurt hin und freuen uns darauf, Sie dort persönlich begrüßen zu dürfen.

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

Ihr Redaktionsteam
Katrin Schaller, Peter Lindinger, Anil Batra

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe



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

Die Kursleiterschulungen sind nur für staatlich anerkannte Berufe aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zugänglich. Termine Standardschulung: Berlin: 25.–29.3.2024. Verkürzte Schulung: Frankfurt: 18.–20.3.2024. Schulung für Rauchfrei Online: 20.4.2024. Infos unter <http://rauchfrei-programm.de/schulungstermine>; Anmeldung bei braun@ift.de; Tel.: 089/36 08 04 91, Fax: 089/36 08 04 98

- Curriculum „Ärztlich begleitete Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer

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

- 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 SGB V 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: 21.–22.3.2024 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: 07071/29 53 84 oder sucht@med.uni-tuebingen.de

Kongresse/Tagungen

National

- 25. Frühjahrs-Tagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. in Kooperation mit der Sektion Suchtforschung Universitätsklinikum Tübingen am Mittwoch, 13.3.2024 von 13 bis 17 Uhr in Frankfurt

Titel der Tagung: „25 Jahre Wissenschaftlicher Aktionskreis Tabakentwöhnung: Wo stehen wir in der Gesundheitspolitik und in der Behandlung?“ Eine Teilnahme ist auch online möglich (Anmeldung erforderlich!). Programm und Anmeldung unter <https://www.wat-ev.de>

- 28. Tübinger Suchttherapietage vom 20.–22.3.2024

Veranstalter: Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik, Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung, E-Mail: info@tuebingen-suchttherapietage.de; <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/veranstaltungskalender/veranstaltung/3025>

- 22. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle, 4.–5.12.2024: Call for abstracts

Abstracts für Vorträge und Poster können bis zum 17.5.2024 über who-cc@dkfz.de eingereicht werden. Weitere Informationen unter: https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/veranstaltungen/1_Deutsche-Konferenz-fuer-Tabakkontrolle.html

International

- SRNT-Gesamtkonferenz vom 20.–23.3.2024 in Edinburgh, UK

Programm und Anmeldung unter https://www.srnt.org/page/2024_Meeting. Der 284-seitige Abstract-Band kann bereits heruntergeladen werden. Dort finden sich beispielsweise ab Seite 74 sechs Abstracts zu „Novel Smoking Cessation Interventions“

Neue Publikationen

vanDellen MR, Wright JWC, MS, Zhao B, Cullinan C, Beach S, Shen Y, Haskins LA, Schiavone WM & MacKillop JM (2024)

Partner-involved financial incentives for smoking cessation in dual-smoker couples: A randomized pilot trial

Nicotine Tob Res 26: 229–236, DOI: 10.1093/ntr/ntad183

Hintergrund

Rauchende Personen, die in einer Partnerschaft mit einer anderen rauchenden Person leben („Raucher-Paare“), versuchen seltener, mit dem Rauchen aufzuhören und haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, während eines Aufhörversuchs einen Rückfall zu erleiden. Oft korreliert die Aufhörmotivation bei solchen Paaren zeitlich nicht; die individuellen Aufhörabsichten sind meist „nicht synchron“. In dem Fall, in dem eine Person mit dem Rauchen aufhört, während die andere es nicht tut, ist der weiterrauchende Partner ein starker Auslöser für die Wiederaufnahme des Rauchverhaltens bei der abstinenzwilligen Person. Da Paare sich einander nicht für die Dauer eines Aufhörversuchs aus dem Weg gehen können und die Modifikation von Paarinteraktion und -kommunikation den Rahmen von Tabakentwöhnungsmaßnahmen sprengen würde, sollten Interventionen bei rauchenden Paaren daher gemeinsame Entwöhnungsversuche erleichtern. Eine vielversprechende Kategorie von Interventionen zum Gesundheitsverhalten sind finanzielle Anreizbehandlungen („financial incentive treatments“, FITs), die monetäre Belohnungen an Verhaltensweisen und/oder Ergebnisse (z.B. biochemisch verifizierte Abstinenz) knüpfen. Auf diese Weise schaffen FITs einen zusätzlichen kurzfristigen Grund, mit dem Konsum aufzuhören. FITs schaffen Anreize für distale Verhaltensänderungen (wie mittelfristige statt täglicher Abstinenz) und unterscheiden sich dadurch vom sogenannten Kontingenzmanagement, bei dem kleine Anreize und präzise Verstärkungspläne für kurzfristige Verhaltensänderungen verwendet werden. Ziel dieser Pilotstudie war es, die Durchführbarkeit, die Tolerierbarkeit und die vorläufigen Ergebnisse von paarweisen Anpassungen finanzieller Anreizbehandlungen zur Förderung der Tabakentwöhnung bei rauchenden Paaren zu untersuchen.

Methode

Die Intervention bestand aus einer Baseline-Videokonferenz mit Datenerhebung und biochemischer Überprüfung des Rauchens, 10 Wochen Ausstiegsbehandlung mit Nikotinersatztherapie NET und wöchentlichen Kurzbefragungen sowie weiteren 4 Wochen optionaler Online-Psychoedukation. Ein 3-monatiges Follow-up fand ebenfalls per Videokonferenz statt. Als Zielperson wurde die Person bezeichnet, mit der der erste Kontakt zustande gekommen war; die zweite Person wurde als Partner bezeichnet.

Eine aktuelle Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, war keine Voraussetzung für die Studienteilnahme.

Konkret wurden in der Studie 95 rauchende Paare (mit Stratifizierung nach Geschlecht und Tageskonsum) auf drei Bedingungen randomisiert. Zwei FIT-Bedingungen wurden mit einer No-FIT Kontrollbedingung verglichen. Es wurden zwei FIT-Bedingungen gewählt, um herauszufinden, welche(r) Arm(e) in künftigen umfassenderen Wirksamkeitsstudien getestet werden sollten. In der einen FIT-Bedingung wurden einer einzelnen Person Anreize für den Abschluss des Programms und die Abstinenz bei der Nachbeobachtung angeboten, in der zweiten Bedingung, an der der Partner beteiligt war, wurden diese Anreize beiden Mitgliedern angeboten. Die teilnehmenden Paare wurden vorab detailliert über die jeweiligen Bedingungen informiert. Die primären Outcomes waren Durchführbarkeit (operationalisiert als Verbleib in der Intervention) und Tolerierbarkeit (Zustimmung bei acht Items betreffend Zugänglichkeit und Kosten/Nutzen). Sekundäre Ergebnisse waren Aufhörversuche während der Studie, Punktprävalenz der Abstinenz der Zielperson bei der Nachuntersuchung und gemeinsame Abstinenz bei der Nachuntersuchung.

Je nach FIT Bedingungen wurden entweder der Zielperson (FIT-ST) oder beiden Partnern (FIT-DT) eine Entschädigung von 100 Dollar für die Teilnahme an der Psychoedukation und 100 Dollar für Abstinenz bei der Nachuntersuchung in Aussicht gestellt. Die Teilnehmenden erhielten zudem eine Bonusvergütung für die Teilnahme an der Follow-up Videositzung; wenn dort Abstinenz angegeben wurde, musste im Rahmen der Videositzung über einen persönlichen Atemsensor eine CO-Messung absolviert werden, um die Abstinenzprämie zu erhalten. Die Teilnehmenden wurden dazu angewiesen, mindestens 24 Stunden vor der CO-Messung auch nicht zu „dampfen“.

Ergebnisse

Primäre Ergebnisse

Durchführbarkeit und Tolerierbarkeit. Die Retentionsrate war sowohl bei den Zielpersonen als auch bei den Partnern hoch ($M = 89,1\%$) und unterschied sich über die drei Arme weder bei den Zielpersonen noch den Partnern. Sowohl bei den Zielpersonen als auch bei den Partnern lag die von den Teilnehmern angegebene Tolerierbarkeit jeweils über dem Skalenmittelwert; auch hier wurden keine Unterschiede zwischen den drei Armen ermittelt.

Sekundäre Ergebnisse

Die FIT-Interventionen waren der Kontrollgruppe bei allen Outcomes sowohl bei den Zielpersonen als auch bei den Partnern überlegen. Die Teilnehmenden der FIT-Bedingungen haben deutlich häufiger das komplette Programm absolviert als diejenigen der Kontrollgruppe (OR = 6,79, KI: 1,870–24,681 für die Zielpersonen und OR = 4,68, KI: 1,006–21,817 für die Partner, $p = 0,001$ bzw. 0,034). Der Effekt bezüglich der Aufhörversuche bei den Zielpersonen und Partnern war schwächer ausgeprägt (OR = 2,36, KI: 0,965–5,792 bzw. OR = 2,51, KI: 0,997–6,317, $p = 0,057$ bzw. 0,048). In Bezug auf Abstinenz konnten wiederum deutlichere Behandlungseffekte ermittelt werden (OR = 5,29, KI: 1,45–19,28 für die Zielpersonen und OR = 7,22, KI: 1,58–33,11 für die Partner, $p = 0,007$ bzw. 0,004). Schließlich

wurde das Ziel der gemeinsamen Abstinenz bei den FIT-Interventionen sehr viel häufiger erreicht als bei Kontrollpersonen (OR= 13,07, KI: 3,04–56,11).

Beim Vergleich der beiden Versionen des FIT konnten weder Unterschiede bezüglich des kompletten Durchlaufens des Programms, der Anzahl der Aufhörversuche bei den Zielpersonen, der Abstinenz der Zielpersonen, Partner oder der Paare festgestellt werden. Lediglich bei den Aufhörversuchen der Partner war die Bedingung FIT-DT der Bedingung FIT-ST überlegen.

In absoluten Zahlen lagen die Abstinenzraten der FIT-Bedingen zwischen 25 % (gemeinsame Abstinenz FIT-DT) und 47 % (Abstinenz der Zielpersonen bei FIT-ST).

Zusätzlich wurde mittels exploratorischer Analysen der mögliche Einfluss des E-Zigaretten-Konsums untersucht; etwa ein Drittel der Teilnehmenden hatte damit Erfahrung. Mit einer Ausnahme waren alle diesbezüglichen Ergebnisse unauffällig. Jedoch waren die Partner mit E-Zigaretten-Erfahrung häufiger abstinent geworden als die Partner ohne solche Erfahrungen (OR= 5,615, KI: 1,85–17,00, $p=0,001$). Auch keine der untersuchten möglichen Wechselwirkungen war signifikant, sodass es kaum Anhaltspunkte dafür gab, dass E-Zigaretten-Konsum einen Einfluss darauf hatte, wie Teilnehmende auf die unterschiedlichen Behandlungsarme ansprachen.

Diskussion

In dieser Pilotstudie sind die primären Ergebnisse zur Durchführbarkeit und Tolerierbarkeit so gut ausgefallen, dass eine weitere, dann größere randomisierte Studie mit ausreichend Power gerechtfertigt erscheint. Hohe Haltequoten bei den Zielpersonen und gute bis hohe Haltequoten bei deren Partnern weisen auf einen grundsätzlich geeigneten Ansatz dieser paarweise durchgeführten Interventionen hin. Nicht vergessen werden darf, dass es sich bei der Stichprobe nicht um akut ausstiegswillige Rauchende gehandelt hat.

Sowohl die Zielpersonen als auch die Partner empfanden die in der Studie durchgeführten Interventionen als sehr verträglich, auch die per Videositzung durchgeführte CO-Messung. Wie erwartet, war die gemeinsam erzielte Abstinenz bei den FIT-Interventionen häufiger als in der Kontrollgruppe, auch wenn bei den beiden unterschiedlichen FIT-Formaten sehr ähnliche Ergebnisse ermittelt wurden. Frühere paarfokussierte Interventionen waren häufig nicht auf Paare mit zwei Rauchenden ausgerichtet, obwohl diese dyadischen Interventionen besonders nützlich sein könnten. Ein Verständnis der Dynamik erfolgreich verlaufender gemeinsamer Rauchstoppversuche bei Paaren kann zur Verbesserung der Bemühungen zur Tabakentwöhnung beitragen. Eine systematische Bewertung des Ausmaßes der Einbeziehung von Partnern, die Interventionseffekte verbessert, könnte ein wichtiger nächster Schritt sein, ebenso wie die Ausgestaltung unterschiedlicher FIT-Interventionen. Angesichts der Hartnäckigkeit des Rauchens bei rauchenden Paaren ist die Identifizierung wirksamer und für diese Zielgruppe akzeptablen Interventionen auch aus Public Health-Perspektive bedeutsam.

Li S, Qu Z, Li Y & Ma X (2024)

Efficacy of e-health interventions for smoking cessation management in smokers: A systematic review and meta-analysis

EclinicalMedicine 68: 102412,
DOI: 10.1016/j.eclinm.2023.102412

Hintergrund

E-Health ist ein Bereich, der Informations- und Kommunikationstechnologie nutzt, um den Gesundheitszustand der Nutzenden zu verbessern. Das Aufkommen dieser digitalen Angebote hat hilfeschuchenden Tabakkonsumenten neue Wege zur Unterstützung des Rauchstopps eröffnet, und die Forschung im E-Health-Bereich hat in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht, sodass ein breites Spektrum an derartigen Tabakentwöhnungsangeboten zur Verfügung steht. Allerdings stammt die letzte Cochrane-Metaanalyse zu den mobilen Angeboten vom Oktober 2019 und die zu den internetbasierten Angeboten sogar vom September 2017, sodass angesichts der rasanten Entwicklung eine aktuellere systematische Überprüfung und Metaanalyse von großem Interesse waren.

Methode

Für diese systematische Überprüfung und Meta-Analyse wurden die Datenbanken PubMed, Embase und Cochrane Library herangezogen und Suchergebnisse bis Dezember 2022 berücksichtigt. Bei den eingeschlossenen Studien handelte es sich um randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), in denen der Einsatz von E-Health Interventionen und traditionellen Offline-Rauchstoppinterventionen verglichen wurden. Primäre Outcomes waren 7-Tage- und 30-Tage-Punktprävalenz-Abstinenz, sekundärer Outcome die dauerhaft anhaltende Abstinenz. Zur Auswertung der eingeschlossenen Studiendaten wurden Meta-Analysen mit festen Effekten und Meta-Regressionsanalysen durchgeführt. In einigen Studien wurde die Adhärenz der Teilnehmenden mitberücksichtigt, wobei die dabei verwendete Methodik nicht einheitlich war, sodass eine quantitative Analyse dieser Ergebnisse erschwert wurde.

Einschlusskriterien waren unter anderem: Teilnehmende mindestens 18 Jahre oder älter, freiwillige Teilnahme, randomisiert-kontrolliertes Studiendesign mit mehr als 15 Teilnehmenden je Gruppe, Vergleich zwischen der E-Health-Intervention und einer Offline-Unterstützung (einschließlich medikamentöser Behandlung, Broschüren und persönliche Unterstützung). Traditionelle Behandlungsmaßnahmen waren definiert als solche, die keine Verwendung von Mobiltelefonen, Websites oder elektronischer mobiler Geräte vorsahen.

Ergebnisse

Aus ursprünglich 2408 gesichteten Publikationen wurden Duplikate, nicht-randomisierte kontrollierte Studien und solche mit experimentellem Design ausgeschlossen und dann von 60 Publikationen die Volltexte geprüft, aus denen schließlich 39 Arbeiten eingeschlossen wurden. Fünf dieser Studien untersuchten drei parallele Versuchsgruppen (eine

Kontroll- und zwei Interventionsgruppen), die jeweils in zwei separate Studien aufgeteilt wurden. Somit konnten insgesamt 39 Studien mit 44 Armen und 17 351 Teilnehmenden in die Analyse einbezogen werden.

Von den 44 Studienarmen wurden 15 in den Vereinigten Staaten durchgeführt, 17 in Europa (darunter zwei in Norwegen, zwei in den Niederlanden und fünf im Vereinigten Königreich), und acht in Asien, darunter sechs in China. Die Dauer der Intervention variierte zwischen 21 Tagen und 12 Monaten; etwa bei der Hälfte der Studien lag die Interventionsdauer zwischen 21 Tagen und 3 Monaten. In sechzehn Studien (36,4 %) kamen zusätzlich medikamentöse Therapien zum Einsatz (Nikotinersatztherapie und Vareniclin), und bei 34 Studien (77,3 %) wurden die Selbstangaben zum Rauchstatus biochemisch validiert.

Primäre Ergebnisse

Insgesamt 34 Studien berichteten die 7-Tage- und 30-Tage-Punktprävalenz-Abstinenz; da nur in drei Arbeiten die 30-Tage-Punktprävalenz berichtet wurde, wurden die Ergebnisse für die 7 Tage- und 30 Tage-Punktprävalenz zusammengefasst. Danach wurde für E-Health-Interventionen im Vergleich zu den jeweiligen Kontrollgruppen eine höhere Abstinenzrate ermittelt (RR=1,86, KI: 1,69–2,04). Die Datenanalyse dazu ergab keine Heterogenität.

Sekundäre Ergebnisse

13 Studien berichteten jeweils die anhaltenden Abstinenzraten, wobei die Dauer der anhaltenden Abstinenz zwischen 60 Tagen (eine Studie) und 12 Monaten (2 Studien) variierte. Auch bezüglich dieses Erfolgsmaßes zeigte sich – bei geringer Heterogenität – eine Überlegenheit der E-Health Interventionen im Vergleich zu den jeweiligen Kontrollgruppen (RR = 1,79, KI: 1,60–2,00).

Subgruppenanalysen zeigten, dass die Verwendung verschiedener E-Health-Maßnahmen zu unterschiedlichen Ergebnissen führte: Wenn die Interventionen nach WHO-Definition in zwei Typen unterteilt wurden, zum einen in Textnachrichten und Mobiltelefon-Interventionen („M-Health“) und zum anderen in Webseiten und Softwareprogramme („Telemedizin“), konnte für beide Vermittlungsformen ein Wirksamkeitsnachweis erbracht werden. Bezüglich Punktprävalenz-Abstinenz lag der Effekt der M-Health Interventionen (13 Studien) bei RR=2,10 (KI: 1,77–2,48), bei den verwendeten telemedizinischen Maßnahmen (21 Studien) bei RR=1,74 (KI: 1,56–1,94). Unter den 13 Studien, die anhaltende Abstinenzraten berichteten, befanden sich 6 M-Health-Interventionen und 7 Studien zu telemedizinischen Maßnahmen. Auch bei diesem Erfolgsmaß gab es tendenziell stärkere Effekte bei den M-Health-Programmen (RR=2,01, KI: 1,72–2,36) als bei den telemedizinischen Maßnahmen (RR = 1,54, 1,32–1,81).

Diskussion

Das Review unterstreicht die bereits vorliegenden Ergebnisse, dass E-Health-Interventionen zur Rauchstoppbehandlung in verschiedenen Ländern wirksam sind. Im Vergleich zu

traditionellen Offline-Ansätzen stieg die Entwöhnungsrate um das 1,86-Fache. E-Health-Interventionen sind zugeschnitten auf die gängige Nutzung elektronischer Geräte und erinnern Rauchende auf Webseiten und Apps sowie durch das Versenden von Aufforderungen zum Rauchstopp über SMS und Push-Nachrichten an das Aufhören.

Wie bei anderen Interventionen sind die anhaltenden Abstinenzraten geringer als die Punktprävalenz-Raten, wobei die Überlegenheit insbesondere der M-Health-Programme bestehen blieb. Die Einteilung der E-Health-Maßnahmen in M-Health und Telemedizin erscheint sinnvoll und brachte zusätzlichen Erkenntnisgewinn. Auch in der aktuellen Tabakleitlinie wird nach „internetbasierten Selbsthilfeprogrammen“ und „mobilen Selbsthilfeprogrammen“ unterschieden und für die mobilen Programme der Empfehlungsgrad A vergeben.

Teilnehmende, die die E-Health-Angebote häufiger und/oder länger besucht und genutzt haben, hatten in der Regel bessere Erfolgsaussichten. In einer Arbeit beispielweise stieg mit jeder zusätzlichen Einwahl die 30-Tage-Punktprävalenz um 9 %. Eine andere Studie ergab, dass die Aufhörquote bei Teilnehmenden, die alle Lektionen genutzt hatten, bei 17,9 % lag, verglichen mit 5 % bei denjenigen die nicht alle genutzt hatten. Die Erforschung von Methoden zur Verbesserung des Engagements der Nutzenden und einer fortgesetzten Teilnahme an den Programmen ist demzufolge eine Kernaufgabe, wenn diese Angebote weiter optimiert werden sollen.

Kwan YK, Lau Y, Ang WW & Lau ST (2024)

Immediate, short-term, medium-term, and longterm effects of acceptance and commitment therapy for smoking cessation: A Systematic Review and Meta-Analysis

Nicotine Tob Res 26, 12–22, DOI: 10.1093/ntr/ntad145

Hintergrund

Achtsamkeitsbasierte Ansätze (mindfulness based interventions) sind in den letzten Jahren zunehmend auch in der Tabakentwöhnung eingesetzt und erforscht worden, insbesondere Interventionen, die auf der Acceptance & Commitment Therapie (ACT) basieren. Im Vergleich zur klassisch-verhaltenstherapeutischen Beratung setzt ACT einen Schwerpunkt auf die erhöhte Bereitschaft, Rauchverhalten wahrzunehmen und zu erleben, anstatt es zu vermeiden. „Inwieweit sind Sie bereit, Ihren Drang zu rauchen zuzulassen und nicht zu versuchen, ihn zu ändern?“ gehört zu den Kernfragen von ACT. Eine weitere zentrale Komponente von ACT ist „Kontakt mit dem gegenwärtigen Moment“. Damit soll den Rauchenden ermöglicht werden, angemessen auf aktuelle Anforderungen der Umwelt zu reagieren und sich nicht an „Was wäre, wenn“-Kontexten zu orientieren, die vergangene Erfahrungen und eine ängstliche Antizipation einer ungewissen Zukunft widerspiegeln. Wenn Klienten sich flexibel auf die unmittelbar relevanten internen und externen Umgebungsfaktoren einstellen, können Leistungsanforderungen besser an das aktuelle Ereignis angepasst werden.

Dieser Newsletter erscheint viermal jährlich.

Herausgeber:
Deutsches Krebsforschungszentrum

in Zusammenarbeit mit 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

Eine weitere zentrale Komponente von ACT ist die Förderung wertorientierter Verhaltensänderungen („Was ist Ihnen wirklich wichtig?“). Ein ACT-spezifischer Ansatz zur Verarbeitung von Gedanken, die zum Rauchen verleiten können, besteht in der sogenannten kognitiven De-Fusion: ein Gedanke, der häufig zum Rauchen verleitet wie z.B. „Ich möchte rauchen“, wird auf ein Schlüsselwort reduziert (z.B. „rauchen“). Dieses Wort wird 30 Sekunden lang wiederholt laut ausgesprochen, ohne dass dabei geraucht wird.

Methode

Ziel dieser systematischen Überprüfung war es, die unmittelbare, kurz-, mittel- und langfristige Wirksamkeit von ACT mit den jeweiligen Kontrollbedingungen zu vergleichen. Identifiziert wurden die in Frage kommenden Papers über eine Suche bis zum 20. April 2023 in den einschlägigen Datenbanken (Scopus, CENTRAL, PsycINFO, EMBASE, PubMed, CINAHL, und Web of Science). Unveröffentlichte Arbeiten wurden in ProQuest Dissertation and Thesis gesucht. Die Studienpopulation bestand aus Raucherinnen und Rauchern im Alter von mindestens 18 Jahren. Die Angaben zum Rauchstatus waren entweder selbst berichtet oder biochemisch verifiziert. Bei Selbstangaben wurde je nach primärem Outcome die 30-Tage-Punkt-Prävalenz-Abstinenz (PPA) oder 7-Tage-PPA verwendet.

Da aus den Studien entweder Complete Case-Analysen (CCA) oder Analysen inklusive fehlender Daten (fehlend = rauchend oder multiple Imputation) berichtet wurden (missing data management, MDM), entschlossen sich die Autoren, jeweils zwei getrennte Meta-Analysen durchzuführen, um die Genauigkeit der Schätzung des Effekts zu verbessern. Die Bewertung erfolgte nach den GRADE-Kriterien, die Publikationsverzerrung, Konsistenz der Wirkung, Risk of Bias, Indirektheit und Ungenauigkeit umfassten. Für alle Ergebnisse wurden vier Evidenzgrade (sehr geringe, geringe, mäßige oder hohe Sicherheit) für die jeweiligen Endpunkte verwendet.

Ergebnisse

Die systematische Suche identifizierte 1984 Studien, von denen schließlich 19 RCTs mit 20 Armen eingeschlossen wurden. Von den für die Metaanalyse ausgewählten 19 RCTs mit 7885 Teilnehmenden stammten 13 aus den Vereinigten Staaten, zwei aus Hongkong und je eine aus Iran, Zypern, Irland und Schottland. Vier Studien wurden bei Rauchenden mit psychischen Störungen durchgeführt. Die Stichprobengröße reichte von 45 bis 2637 Personen.

Die Ausgangsdaten zum Rauchverhalten in den 19 eingeschlossenen Studien waren lückenhaft; die Durchschnittswerte lagen bei 1 bis 15 Zigaretten pro Tag und der Mittelwert der Zigarettenabhängigkeit nach Fagerström reichte von 3,12 bis 6,2. Allerdings enthielt mehr als die Hälfte der Studien

keine Angaben zum Fagerström-Cutoff-Wert, Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten (Mittelwert) oder Dauer der Raucherkarriere, sodass der Grad der Tabakabhängigkeit der Teilnehmenden mit Unsicherheit behaftet war.

Unmittelbare Wirksamkeit (<3 Monate)

Fünf RCTs mit 560 Teilnehmenden (CCA) und sieben Arme aus sechs RCTs mit 842 Teilnehmenden (MDM) wurden verwendet, um die unmittelbare Wirkung von ACT auf den Rauchstopp nach weniger als drei Monaten zu ermitteln. Nur in zwei Studien wurden Selbstangaben biochemisch verifiziert.

Die CCA ergab, dass ACT die Wahrscheinlichkeit eines Rauchstopps signifikant erhöht ($t=3,96$, $p=0,017$; $RR=1,72$, $KI:1,18-2,53$).

Wenn die fehlenden Daten mitanalysiert wurden (MDM), wurde ebenfalls eine Überlegenheit für ACT gefunden ($RR=1,30$, $KI:0,64-2,63$), aber es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen ACT und Vergleichsgruppe ($t=0,91$, $p=0,400$).

Kurz- und mittelfristige Wirksamkeit (3 bis 6 Monate)

Fünf Studien mit 2372 Rauchenden (CCA) und fünf Studien mit 2656 Rauchenden (MDM) mit 3–4-Monats-Daten bzw. drei Studien mit 2346 Rauchenden (CCA) und 8 Arme aus 7 Studien mit 4515 Rauchenden (MDM) für die 6-monatige Nachuntersuchung wurden hierzu analysiert. Nur aus einer Studie wurden biochemisch überprüfte Messungen berichtet; ansonsten beruhen die Auswertungen auf Selbstangaben.

Die CCA ergab, dass ACT die Wahrscheinlichkeit eines Rauchstopps signifikant erhöht (3–4 Monate: $RR=1,80$, $KI:1,46-2,23$; 6 Monate: $RR=1,70$, $KI:1,33-2,19$). Wenn MDM analysiert wurden, blieben die überlegenen Effekte von ACT zwar für die Katamnese nach 3–4 Monaten bestehen ($RR=1,64$, $KI:1,18-2,23$), aber es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen ACT und Kontrollen bei den 6-Monats-Nachbefragungen ($RR=1,22$, $KI:0,86-1,71$). Für diesen Nachbefragungszeitraum wurde zudem eine erhebliche Heterogenität ($I^2=78\%$) festgestellt.

Langfristige Wirksamkeit (12 Monate)

Fünf RCTs mit 4957 Rauchenden (CCA) und sechs RCTs mit 6946 Rauchenden (MDM) wurden zur Bewertung der Langzeitwirkung der ACT-basierten Interventionen herangezogen. Weder für die CCA ($RR=1,17$, $KI:0,72-1,89$) noch die MDM-Analyse ($RR=0,96$, $KI:0,70-1,32$) wurden signifikante Unterschiede zwischen ACT und Kontrollen errechnet. Dafür wurde für diesen Nachbefragungszeitraum erhebliche Heterogenität festgestellt (CCA: $I^2=79\%$; MDM: $I^2=75\%$).

Sicherheit der Evidenz

Die Gesamtevidenz für die vier Outcomes (Rauchstopp nach <3 Monaten, 3–4 Monaten, 6 Monaten und 12 Monaten) wurden in Übereinstimmung mit den GRADE-Kriterien als niedrig oder sehr niedrig bewertet, insbesondere die Kriterien Inkonsistenz, Indirektheit und Ungenauigkeit wurden aufgrund signifikanter Heterogenität, Unterschieden in der Population oder Art der Intervention sowie geringer Stichprobengröße herabgestuft.

Diskussion

In dieser Untersuchung wurde die Wirksamkeit von ACT zur Tabakentwöhnung mit unterschiedlichen Nachbefragungszeiträumen

untersucht. Dabei konnten Wirksamkeitsnachweise in Bezug auf kurzfristige Effekte (3- bis 4-monatige Nachbeobachtung) sowohl für Complete Case-Analysen als auch für Analysen inklusive fehlender Daten ermittelt werden. Andere Ergebnisse waren inkonsistent. Es wurden jedoch keine signifikanten Langzeiteffekte gefunden (12-monatige Nachbeobachtung). Angesichts der geringen Sicherheit der Evidenz kann ACT lediglich als Ergänzung der gebräuchlichen Behandlungsmaßnahmen eingesetzt werden. Wegen der noch begrenzten Anzahl von Studien (und entsprechend überschaubaren Stichprobengrößen) ist bei der Interpretation der Ergebnisse dieser Übersichtsarbeit Vorsicht geboten. Weitere RCTs mit unterschiedlichen, vor allem längeren Katamnesen unter Verwendung biochemisch verifizierter Angaben zum Rauchstatus, die außerhalb der USA durchgeführt werden, erscheinen erforderlich.

