



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

**Nr. 52
Juli
2013**

Editorial

Meldungen über Tabak und Tabakentwöhnung haben es in den letzten Wochen immer wieder in die deutschen Nachrichtenmagazine geschafft. Eine davon wollen wir auch an dieser Stelle aufgreifen, auch wenn es keinen unmittelbaren Bezug zur Tabakentwöhnung gibt: Hatten Sie als Nichtraucherin oder Nichtraucherer Kollege auch schon einmal das Pech, an der Hotelrezeption beim Check-in zu später Stunde zu erfahren, dass leider keine Nichtraucherzimmer mehr verfügbar seien und Sie nur noch ein Raucherzimmer erhalten könnten? Es ist davon auszugehen, dass Ihre Nachtruhe in diesem Fall nicht ganz ungestört war. Ihre Nachtruhe in einem Nichtraucherzimmer könnte aber auch dann beeinträchtigt sein, wenn in demselben Hotel überhaupt Raucherzimmer angeboten werden. Ursache dafür ist der sog. „Dritthandrauch“ (Thirdhand Smoke). Dieser Begriff bezeichnet die Kontamination durch Tabakrauch, die zurückbleibt, auch lange, nachdem die Zigaretten ausgedrückt wurden. Durch den Kontakt mit Oberflächen, die mit den Gasen und Partikeln aus dem Tabakrauch kontaminiert sind, können diese Substanzen und die Reaktionsprodukte in den Körper aufgenommen werden. Bislang gibt es jedoch nur wenige Studien zum Dritthandrauch, so dass das gesundheitsgefährdende Potenzial noch schwer zu beurteilen ist. Dass in den für die Untersuchung ausgewählten Hotels (1) die Raucherzimmer die höchste Nikotinkonzentration aufwiesen, liegt auf der Hand. In den an Raucherzimmer angrenzenden Fluren wurden ebenfalls höhere Schadstoffbelastungen gemessen als in den Nichtraucher-Fluren. Die Konzentration an tabakspezifischen Karzinogenen im Urin war nach einer Übernachtung in stark belasteten Hotelzimmern ebenfalls signifikant erhöht. Aber selbst Gäste, die in einem Nichtraucherzimmer übernachtet hatten, wiesen bei Fingerwischproben deutlich höhere Nikotinspiegel auf als Gäste, die in einem komplett rauchfreien Hotel untergebracht waren. Es hat also ganz den Anschein, als ob nur komplett rauchfreie Hotels einen wirksamen Schutz der Gäste und natürlich auch der Angestellten bieten können. Die Messungen wurden im Vorzeige-Bundesstaat Kalifornien mit einer Rauchprävalenz von unter 10% vorgenommen, so - dass es noch dauern kann, bis die Hotellerie entsprechend reagiert. Die Autoren raten Hotelgästen bis auf weiteres, nur noch in komplett rauchfreien Hotels zu buchen. Auf Dienst- oder Urlaubsreisen muss deshalb aber wohl niemand verzichten: Es ist nicht

Inhaltsverzeichnis:

Editorial	1
Fortbildungen für Fachberufe, Kongresse/Tagungen	2
Neuer Band „Rote Reihe“	2
News in Kürze	3
Neue Publikationen	3

gesichert, dass ein höherer Nikotinspiegel bei Fingerwischproben sich in jedem Fall negativ auf die Qualität der Nachtruhe auswirkt!

Einen indirekten Bezug zur Tabakentwöhnung gibt es bei dem Thema auch noch: Nach dem letzten Mikrozensus aus dem Jahre 2005 betrug die Rauchprävalenz unter den Restaurantfachfrauen 47% und unter den Hotelkauffrauen 42%; das sind die Berufe mit den höchsten Raucheranteilen bei Frauen überhaupt. Ausstiegsspezifische Flyer und give-aways würden in Hotels möglicherweise besondere Beachtung finden.

An dieser Stelle wurde bereits mehrfach auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass medizinische und andere Gesundheitsberufe rauchende Patienten darauf ansprechen. Manch einer mag sich dabei schon gewünscht haben, dass die Patienten das Thema einmal von sich aus ansprechen und um unseren fachlichen Rat bitten. Die jüngste Welle der Tips-Kampagne („Tips from former smokers“) des Center of Disease Control (CDC) zielt genau in diese Richtung und will mit dem Appell „Du kannst es schaffen. Sprich mit Deinem Arzt – er kann helfen“ zum Ausstieg anregen und Anlaufstellen für evidenzbasierte Hilfen aufzeigen (2). Im Mittelpunkt der Kampagnenspots stehen authentische Schilderungen ehemaliger Raucher, wie die Folgeschäden des Rauchens ihr eigenes Leben und das ihrer Familien beeinträchtigen. Ärzten kommt die Rolle der primären Anlaufstelle zu, um Bedenken ihrer Patienten in Bezug auf Rauchen und Aufhören sowie persönliche Risiken zu erörtern und insbesondere zum Ausstieg zu ermutigen: Patienten können es schaffen, auch wenn es ihnen schwerfällt, und sie können ihre Erfolgchancen verbessern, wenn sie evidenzbasierte Hilfen nutzen, so die Botschaft. Für die Intervention mit rauchenden Patienten wurde ein eigener Ärzte-Bereich auf der Tips-Website eingerichtet. Zeitintensivere Beratung wird von den Ärzten nicht verlangt; dafür sind in den USA die Telefonberatungen der einzelnen Bundesstaaten zuständig. Da diese „Quitlines“ in der Regel auf

direkte Fax- oder elektronische Zuweisungen durch Ärzte und Kliniken eingestellt sind, gehen rauchende Patienten an dieser Schnittstelle auch nicht verloren. Dass sich Raucher von der Kampagne angesprochen und ermutigt fühlen, lässt sich mit Zahlen belegen: Während der ersten Welle der Tips-Kampagne im Frühjahr 2012 wurden in drei Monaten 200 000 Anrufe mehr gezählt als im Vergleichszeitraum 2011. Wenn Sie neugierig geworden sind: www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/.

In der zweiten Ausgabe 2013 unseres Newsletters wollen wir kurz eine Metaanalyse der Cochrane-Gruppe eingehen und über einen neuen Band der „Roten Reihe“ berichten. Vorgestellt wird dann eine schweizerische Publikation, die sich mit dem Verlauf der Gewichtszunahme nach einer Tabakentwöhnungsmaßnahme beschäftigt hat. In der zweiten Studie geht es um kontinuierliche Langzeitabstinenz bei intensiv behandelten Rauchern, die sich zusätzlich entweder für eine Nikotinersatztherapie oder eine Therapie mit Vareniclin entschieden hatten. Wie gewohnt informieren wir Sie auch über die Fortbildungs- und Veranstaltungstermine der kommenden Monate.

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

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

(1) Matt GE, Quintana PJE, Fortmann AL, et al (2013) Thirdhand smoke and exposure in California hotels: non-smoking rooms fail to protect non-smoking hotel guests from tobacco smoke exposure. *Tob Control*. doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050824

(2) McAfee T (2013) Encouraging Smokers to Talk With Their Physicians About Quitting. *JAMA*, doi:10.1001/jama.2013.5975.

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe

1. Kursleiterschulung für das „Rauchfrei Programm“ des IFT und der BZgA durch das Institut für Therapieforschung München. Termine: München, 08.07.2013 - 09.07.2013, Freiburg, 21.09.2013 - 22.09.2013. Diese verkürzten Schulungen sind nur für Psychologen, Ärzte, (Sozial)Pädagogen, Sozialarbeiter, Gesundheits- und Sozialwissenschaftler mit Zusatzqualifikation in einem psychotherapeutischen Verfahren zugänglich. Infos unter <http://www.rauchfrei-programm.de/schulung.htm>; Anmeldung bei braun@ift.de; Tel.: 089/360804-91, Fax: 089/360804-98
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 SGBV 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: 18.10.2013 – 19.10.2013. 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: 12.07.2013 – 13.07.2013. Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16 a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089 – 68 999 511.
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 Aufbaumodul zur Qualifikation „Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm“. Auskünfte zum Curriculum und Terminen in 2013 unter Tel.: 030 – 400456412 oder cme@baek.de

Kongresse/Tagungen:

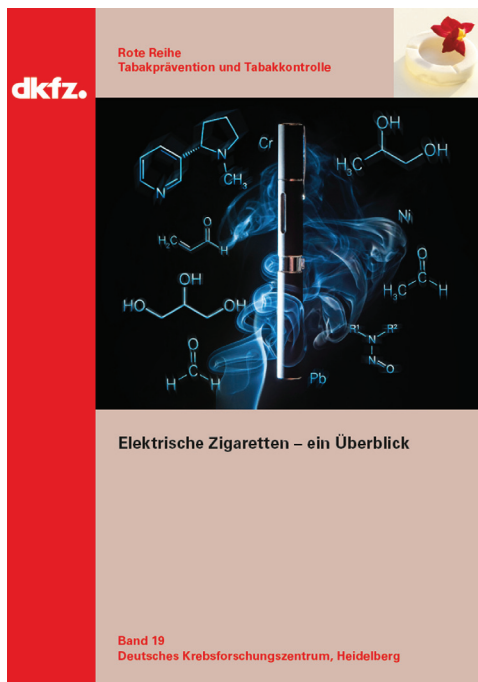
National:

- 6. Deutscher Suchtkongress in Bonn vom 18.09.2013 – 21.09.2013 mit diversen Symposien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit. Vergünstigte Kongressgebühr noch bis 15.07.2013. Anmeldung und Infos unter www.deutschersuchtkongress.de.
- Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Berlin vom 27.11.2013 – 30.11.2013. Anmeldung und Infos unter www.dgppn.de/dgppn-kongress2013.

Neuer Band „Rote Reihe“

Zum Weltnichtrauchertag am 31.Mai 2013 erschien als Band 19 der „Roten Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle“ des Deutschen Krebsforschungszentrums der Titel „Elektrische Zigaretten – ein Überblick“. In Kapitel 6

wird ihr „Nutzen in der Tabakentwöhnung“ beleuchtet. Viele Konsumenten glauben, dass ihnen elektrische Zigaretten bei einem Rauchstoppversuch helfen: Mehr als zwei Drittel der Nutzer verwenden die Produkte mit dem Ziel, ihren Tabakkonsum zu senken oder zu beenden oder um Entzugssymptome zu lindern. E-Zigaretten seien demnach in der Lage, durch den Umstieg auf ein weniger schädliches Produkt den Rauchstopp zu ermöglichen, ohne dabei auf Nikotin und die Gewohnheit verzichten zu müssen.



Elektrische Zigaretten können das Rauchverlangen und Entzugssymptome verringern; dies scheint - wenn auch in etwas geringerem Ausmaß als nikotinhaltige Geräte – auch für E-Zigaretten ohne Nikotin zu gelten. Dies legt die Vermutung nahe, dass offenbar schon allein das Halten, das Ziehen daran und das Einatmen des Aerosols die Entzugssymptome reduzieren. Der Nachweis, dass sie in der Tabakentwöhnung nachhaltig effektiv sind, konnte bislang jedoch noch nicht erbracht werden: Es liegt bisher keine randomisierte kontrollierte Studie mit großen Probandenzahlen und ausreichend langem Beobachtungszeitraum vor, die einen Nutzen der elektrischen Zigarette in der Tabakentwöhnung belegen würde.

Für Deutschland geben nur sieben Prozent der aufhörwilligen Raucher an, elektrische Zigaretten als Hilfsmittel zur Entwöhnung zu benutzen. Aufgrund von Produktmängeln sowie der unklaren langfristigen Gesundheitsgefährdung ist als problematisch zu beurteilen, dass die meisten Raucher, die mit Hilfe der elektrischen Zigarette einen Rauchstopp versuchen, zwar mit dem Rauchen aufhören, aber weiterhin regelmäßig Nikotin in Form der E-Zigarette konsumieren. Nach aktuellem suchttherapeutischem Verständnis besteht das Ziel einer Tabakentwöhnung, vollkommen von der Abhängigkeit loszukommen. Dies ist bei einem Umstieg auf die elektrische Zigarette nicht gewährleistet – stattdessen werden die Nikotinabhängigkeit

und das Suchtverhalten aufrechterhalten. In jedem Falle bleibt ein dringender Forschungsbedarf hinsichtlich der Effektivität elektrischer Zigaretten als Hilfsmittel für einen Rauchstopp bestehen.

Erwähnt werden soll an dieser Stelle noch ein tragischer Vorfall, der sich kürzlich in Israel zugetragen hat: Wie die Jerusalem Post berichtete, starb ein zweijähriges Mädchen, nachdem es ein nikotinhaltiges Liquid für E-Zigaretten ingestiert hatte.

Kostenloser Download der Publikation in Englisch und in Deutsch unter: http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Rote_Reihe_Tabakpraevention_und_Tabakkontrolle.html

News in Kürze

Die Cochrane-Arbeitsgruppe hat kürzlich wieder eine aktualisierte Metaanalyse veröffentlicht:

- a) **Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858. CD000165.pub4.**

Insgesamt wurden Daten aus 42 Studien mit über 31 000 Rauchern (z.T. Risikopatienten) berücksichtigt. Bereits mit einer kurzen Ausstiegsberatung („brief advice“) konnte im Vergleich zu einer Standardversorgung („usual care“) oder keiner Intervention ein eindeutiger Effekt erzielt werden (RR 1.66, KI 1.42 – 1.94). Aus 11 Studien, bei denen die Intervention als intensiver eingeschätzt wurde, wurde ein etwas stärkerer Effekt errechnet (RR 1.84, KI 1.60 – 2.13), wobei der Unterschied jedoch nicht signifikant war. Ein direkter Vergleich von intensiverer und minimaler Ausstiegsberatung ergab einen kleinen Vorteil für die intensivere Variante (RR 1.37, KI 1.20 – 1.56), ebenso für Interventionen mit zusätzlichen Follow-up Kontakten. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass eine einfache Kurzberatung einen kleinen Effekt auf die Ausstiegsraten hat. Ausgehend von einer Abstinenzquote von 2 bis 3% ohne Unterstützung lässt sich diese Quote um weitere 1 bis 3% steigern.

Neue Publikationen

- a) **Prod'hom S, Locatelli I, Giraudon K, Marques-Vidal P, Clair C, Bize R, Comuz J (2013) Predictors of Weight Change in Sedentary Smokers Receiving a Standard Smoking Cessation Intervention. Nicotine & Tobacco Research, 15, 910 – 916**

Hintergrund

Eine mit dem Rauchstopp einhergehende Gewichtszunahme kann sich negativ auf die Motivation auswirken, überhaupt einen Ausstiegsversuch zu unternehmen oder einmal erreichte Abstinenz aufrechtzuerhalten.

In der vorliegenden Studie sollten bei Rauchern, die eine individuelle Beratung und NET erhalten hatten, der zeitliche Verlauf der Gewichtszunahme und damit die zusammenhängenden Faktoren ermittelt werden.

Methode

Rekrutiert wurden rauchende Personen mit überwiegend sitzendem bzw. bewegungsarmem Lebensstil. Alle Teilnehmer erhielten ein leitlinienkonformes Tabakentwöhnungsprogramm mit wöchentlicher, 15minütiger Einzelberatung und kostenloser Abgabe von NET (16h-Pflaster und/oder 2mg Kaugummi, 1mg Lutschtablette oder Inhaler) über neun Wochen und wurden auf zwei Bedingungen randomisiert: Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich ein körperliches Trainingsprogramm mit moderater Intensität (60min flottes Gehen bzw. langsames Joggen pro Woche und Anleitung, pro Woche mind. 4 Einheiten à 30min in Eigenregie zu absolvieren). Teilnehmer der Kontrollgruppe erhielten ein zeitlich vergleichbares Programm zur Gesundheitsvorsorge. Bei jedem Kontakt während des Programms sowie bei den Follow-ups nach 10 Wochen, sechs und 12 Monaten wurden Gewicht, BMI und CO-validierter Rauchstatus erhoben. Zusätzlich berücksichtigt wurden Tabakabhängigkeit und sozioökonomischer Status. Errechnet wurden u.a. Abstinenzraten und durchschnittliche Dauer der Abstinenz, Gewichtszunahme unter den kontinuierlich Abstinenten beider Gruppen sowie ein Längsschnittmodell der Gewichtsveränderung in Abhängigkeit vom Rauchstatus für die Gesamtstichprobe. Dazu wurde auch die Dauer des jeweiligen Rauchstatus („abstinent“ oder „rückfällig“) analysiert und nach den Eingangsvariablen Ausgangsgewicht, Geschlecht, Alter, täglicher Zigarettenkonsum, Ausbildungsjahre und Intervention adjustiert.

Ergebnisse

Die Studienpopulation bestand aus insgesamt 477 Teilnehmenden, davon 252 in der Kontroll- und 225 in der Interventionsgruppe. 56% waren männlichen Geschlechts, das Durchschnittsalter lag bei 42,4 Jahren, der tägliche Zigarettenkonsum bei 26,7 und der FTND bei 5,4. Mit 71,9 kg und einem BMI von 24,4 handelte es sich um durchschnittlich normalgewichtige Raucher. Die mittlere Abstinenzdauer lag bei 12,2 Wochen, mit einer interquartilen Spanne von 4,0 bis 51,6 Wochen. Kontroll- und Interventionsgruppe unterschieden sich dabei nicht (13,8 vs. 11,4 Wochen, $p = .96$). 132 der 477 Teilnehmer waren kontinuierlich abstinent geblieben (27,7%). Auch hier gab es keine Unterschiede zwischen Kontroll- (28,6%) und Interventionsgruppe (26,7%, $p = .64$). Auch gab es zu keinem Messzeitpunkt signifikante Unterschiede bezüglich der Gewichtszunahme kontinuierlich Abstinenter: Nach 12 Monaten betrug diese 6,2 kg in der Kontroll- und 5,2 in der Interventionsgruppe ($p = .11$).

Für die weitere Evaluation wurden die Daten beider Gruppen gepoolt. Die hauptsächliche Gewichtszunahme war in den ersten drei Monaten zu beobachten, danach flachte sie aus. Auch gab es eine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Zeit: Männer nahmen von

der Eingangsbefragung bis zur 1-Jahres-Nachbefragung stärker zu als Frauen (3,9 vs. 3,3 kg, $p = .002$). Frauen nahmen durchschnittlich 0,138 kg/Woche zu, bei den Männern waren es 0,176 kg ($p < .0001$). Während der Abstinenzperioden sind größere Gewichtszunahmen zu verzeichnen als während der Rückfallperioden (0,186 kg/Woche vs. 0,035 kg/Woche; $p < .001$). Die Adjustierung des Vorhersagemodells nach möglichen Determinanten ergab signifikante Effekte für das Geschlecht und den täglichen Zigarettenkonsum für eine Gewichtszunahme während der Abstinenzphasen und einen signifikante Effekte für das Alter während der Rückfallphasen. Ein Eingangskonsum von mehr als 25 Zig/Tag ging während der Abstinenzphasen mit einer zusätzlichen Zunahme von 0,072 kg/Woche einher ($p = .01$). Während der Rückfallphasen nahmen nur ältere Teilnehmer (> 43 Jahre) zu.

Zwei konkrete Beispiele dazu: Ein männlicher Teilnehmer älter als 43, der zu Beginn mehr als 25 Zig/Tag geraucht hatte und während 14 Wochen rauchfrei war, würde erwartungsgemäß 3,5kg zunehmen; eine Teilnehmerin unter 43 mit einem Konsum von unter 25 Zig/Tag würde unter den gleichen Voraussetzungen lediglich 2,0 kg zunehmen.

Für das Ausmaß der Gewichtszunahme spielte das Ausgangsgewicht, die Zugehörigkeit zur Interventions- oder Kontrollgruppe, der sozioökonomische Status oder die Verwendung von NET keine Rolle.

Diskussion

Verlauf und Ausmaß der hier berichteten Gewichtszunahme bestätigen den Stand der Forschung: Nach einem Rauchstopp ist mit einer Gewichtszunahme von 3-4kg innerhalb eines Jahres zu rechnen, wobei sich das Gewicht v.a. in den ersten drei Monaten verändert. Männer scheinen schneller und stärker zuzunehmen; ebenso stärker abhängige Raucher. Neu ist der Befund, dass ältere Teilnehmer auch während der Rückfallphasen zunehmen. Das individuell tatsächlich praktizierte Bewegungsprogramm der Interventionsgruppe wurde nicht erfasst, so dass nur vermutet werden kann, dass die Intervention zur Steigerung der körperlichen Aktivität nicht intensiv genug war, um eine Gewichtszunahme zu verhindern.

b) Kralikova E, Kmetova A, Stepankova L, Zvolaska K, Davis R & West R (2013) Fifty-two-week continuous abstinence rates of smokers being treated with varenicline versus nicotine replacement therapy. *Addiction*, doi:10.1111/add.12219

Hintergrund

Vergleiche der in unterschiedlichen Studien ermittelten Effektstärken lassen vermuten, dass Vareniclin (VAR) wirksamer ist als Nikotinersatztherapie (NET). Der Evidenz aus direkten Vergleichsstudien fehlt es bislang allerdings noch an Robustheit. In der hier vorgelegten Studie wurde die biochemisch verifizierte, anhaltende 52-Wochen-Abstinenz bei Rauchern verglichen, die ein identisches klinisches Ausstiegsprogramm durchlaufen hatten und

sich entweder für NET oder VAR entscheiden konnten.

Methode

Es handelt sich um eine prospektive Beobachtungsstudie an Rauchern, die mit einem an ein Prager Krankenhaus angelehntes Tabakentwöhnungsprogramm behandelt wurden. Alle Teilnehmer erhielten intensive motivationale Unterstützung und Anleitung zur Verhaltensänderung. Nach zwei Vorbereitungs- und Assessment-Terminen sollte das Rauchstopppdatum innerhalb von zwei Wochen festgelegt werden. Es folgte ein erster Nachbetreuungstermin zwei Wochen später, gefolgt von weiteren monatlichen Terminen, die von den Teilnehmern nach eigenem Gutdünken wahrgenommen werden konnten. Unter Berücksichtigung möglicher Kontraindikationen wurde die Auswahl der Medikation den Rauchern selbst überlassen. Die Kosten hierfür mussten von den Rauchern selbst übernommen werden; empfohlen wurde eine Anwendungsdauer von mind. drei Monaten.

Die Stichprobe bestand aus 855 Rauchern, die zwischen 2005 und 2011 an dem Programm teilgenommen hatten. 188 davon wurden vor der Einführung von Vareniclin (die 2007 stattfand) behandelt. 519 Teilnehmer hatten VAR eingesetzt, die verbleibenden 336 NET, wovon 160 eine Kombinationstherapie mit Pflaster und einem schneller anflutenden NET-Präparat benutzten. Im Vergleich zu den NET-Nutzern waren die VAR-Nutzer etwas älter, häufiger berufstätig, hatten bei Programmbeginn höhere CO-Werte und bei vorherigen Entwöhnungsversuchen seltener bereits NET verwendet.

Ergebnisse

326 der 855 Raucher (38,1%) waren nach 52 Wochen abstinent; die VAR-Gruppe war deutlich erfolgreicher (N=222; 42,8%) als die NET-Gruppe (N=104; 31,0%; $p < 0.001$). Nach einer Adjustierung aller Eingangsvariablen wurde ein Odds Ratio von 2.03 (KI 1.46 – 2.82, $p < 0.001$) für VAR vs. NET errechnet. Weitere Prädiktoren für Abstinenz waren ein höheres Alter, höherer Bildungsabschluss, männliches Geschlecht, ein niedrigerer CO-Wert bei Programmbeginn und eine kürzere frühere Abstinenzphase; die Stärke der Tabakabhängigkeit nach dem „Fagerström Test for Cigarette Dependence“ FTCD tauchte als Prädiktor nicht auf. Bei dieser Stichprobe machte es keinen Unterschied, ob eine NET-Mono- oder Kombinationstherapie zum Einsatz kam (OR 0.81; KI 0.49 – 1.35, $p = 0.421$). Entsprechend fielen die Abstinenzquoten für VAR vs. NET-Monotherapie (OR 1.39; KI 1.13 – 1.72, $p = 0.002$) als auch für VAR vs. NET-Kombination (OR 2.19, KI 1.44 – 3.35, $p < 0.001$) zugunsten von VAR aus. Die Ergebnisse der Tabakentwöhnungseinrichtung insgesamt verbesserten sich nach der Einführung der VAR-Option (OR 1.91; KI 1.31 – 2.79, $p = 0.001$, Referenz = Zeitraum vor der Einführung von VAR); wenn nur

NET-Nutzer berücksichtigt wurden, konnten zwischen den beiden Perioden keine Verbesserung festgestellt werden (OR 1.22, KI 0.68 – 2.18, $p = 0.503$).

Diskussion

Raucher, die VAR genutzt hatten und ansonsten ein identisches intensives Ausstiegsprogramm durchlaufen hatten, waren auch nach Berücksichtigung möglicher Störvariablen nach einem Jahr deutlich erfolgreicher als solche Raucher, die eine flexible NET genutzt hatten. Das Besondere an der Studie besteht darin, dass sie in einem europäischen Land mit hoher Prävalenz stattfand, ein konservatives Erfolgsmaß nach Russell Standard (ITT, biochemisch verifizierte kontinuierliche Langzeitabstinenz) definiert war und die Teilnehmenden (wie z.B. in der deutschen Versorgungsrealität) die Kosten für die Pharmakotherapie selbst tragen mussten.

Bei solchen nicht kontrollierten Beobachtungsstudien besteht immer das Risiko eines Selektionseffekts oder konfundierender Faktoren. So wurde beispielsweise die Ausstiegs motivation hier nicht gemessen. Allerdings gibt es keinen Grund für die Annahme, dass es diesbezüglich nennenswerte Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gab. Die über mehrere Jahre rekrutierte Stichprobe mit den erwähnten historischen Analysen (vor bzw. nach der Einführung von VAR) schließt eine Selbstselektion als Erklärung für die Ergebnisse nahezu aus.

Die Abstinenzquoten insgesamt sind hoch im Vergleich zu den Quoten in klinischen Studien. Dafür kommen mehrere Ursachen in Betracht: Die verhaltensbezogene Unterstützung war deutlich intensiver und die Anzahl der Assessments deutlich größer als üblich. Auch die Kostenbeteiligung der Teilnehmer könnte im Sinne einer Positivselektion eine Rolle gespielt haben. Möglicherweise herrscht in Tschechien auch keine „Tabakentwöhnungskultur“ wie beispielsweise in Großbritannien, wo Teilnehmer an solchen Programmen meist schon mehrere erfolglose Versuche hinter sich haben. Einschränkend erwähnt werden muss, dass Daten zu Nebenwirkungen oder der genauen Anwendung nicht erhoben wurden.

Die Studienergebnisse zeigen, dass VAR in bestimmten Settings möglicherweise zu höheren Abstinenzraten führt als NET, was jedoch nicht bedeutet, dass nicht noch zusätzlicher Forschungsbedarf besteht, um die Generalisierbarkeit des Ergebnisses zu ermöglichen. Von Interesse wäre auch zu prüfen, ob für den Kontext „Verschreibung durch den Arzt und minimale zusätzliche Unterstützung“ ebenfalls eine Überlegenheit von VAR nachgewiesen werden könnte.