dkfz.

Tabakentwöhnung

Newsletter

des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle
am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg

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

Nr. 32
Dezember
2008

Editorial

Ambivalenz begegnet einem in der Tabakentwöhnung häufig, und zwiespältig sind auch die Gefühle beim Betrachten der Überschrift der Pressemitteilung zur neuesten Repräsentativerhebung „Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland": Ausgeraucht – aber oft betrunken! Erfreulicherweise ist der Raucheranteil bei den 12 – 17-Jährigen auf den niedrigsten Stand seit 1979 gesunken und beträgt aktuell noch 15%. Der deutlichste Rückgang ist seit dem Jahr 2001 zu verzeichnen; seither sind auch Tabakpräventionsmaßnahmen wie Tabaksteuererhöhungen, Rauch- und Verkaufsverbote für und an Jugendliche sowie größere Warnhinweise auf den Zigarettenschachteln eingeleitet worden. Möglicherweise spielt hier bereits eine veränderte soziale Norm eine Rolle und hält mehr Kinder und Jugendliche davon ab, einfach so zur Zigarette zu greifen. Die Zahl der Nieraucher in dieser Altersgruppe ist von 2004 bis 2008 von 40 auf 60 Prozent angestiegen.
Weit weniger erfreulich sind die Zahlen zum exzessiven Rauschtrinken, das weiterhin stark verbreitet ist. Und auch die Verbreitung des Shisha-Rauchens gibt Anlass zur Sorge: Knapp 40 Prozent der 12- bis 17-Jährigen haben bereits Shisha-Erfahrung, und im vergangenen Monat hat jeder Achte mindestens einmal Shisha geraucht.
Im Newsletter Nr. 17 vom September 2006 wurde eine prospektive Studie über fünf Jahre an rund 1300 Jugendlichen zitiert, die den Nachweis erbringen konnte, dass erste Symptome einer Abhängigkeit sich schon kurze Zeit nach dem ersten Zug und lange vor dem täglichen Rauchen zeigen. Dort wurde eine zeitliche Abfolge von 12 „Meilensteinen" auf dem Weg in die Tabakabhängigkeit beschrieben. Kurz nach dem ersten „Paffen" wird inhaliert, und bereits 2,5 Monate nach dem ersten Paffen finden sich Anzeichen mentaler Abhängigkeit. Nach etwa fünf Monaten werden das suchttypische „craving" und eine körperliche Abhängigkeit beobachtet. Entzugssymptome traten bereits 11 Monate nach dem ersten Paffen auf. Kürzlich wurden an derselben Studienpopulation fünf Meilensteine der Tabakentwöhnung ergänzt (1). Auffällig war, dass drei dieser fünf Meilensteine innerhalb von 2,5 Monaten auftraten (wahrgenommener Rauchstopp, ernsthafter Ausstiegswunsch und ernsthafte Ausstiegsversuche). Im Zuge der Zunahme von Zigarettenkonsum und Abhängigkeitssymptomen war nach 21 Monaten ein Mangel an Selbstwirksamkeit und nach fast drei Jahren das Bewusstsein um die Schwierigkeiten eines Rauchstopps zu beobachten. Therapeutisch sollte bei jugendlichen Rauchern bereits kurz nach den ersten gepafften Zügen versucht werden, die Eskalation des Konsums zu verhindern und die Bewältigung von Abhängigkeit zu managen. Die Notwendigkeit einer Tabakentwöhnung von Jugendlichen tritt immer mehr in den Fokus des Interesses von Gesundheitsberufen. Wir werden in den nächsten Ausgaben dieses Newsletters hierüber berichten.
In diesem Newsletter informieren wird Sie über Fortbildungsangebote und Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung, die im ersten Quartal 2009 stattfinden. Ferner stellt die Steiermärkische Gebietskrankenkasse (STGKK) ihre umfassende Strategie zur Tabakentwöhnung vor. Eine neue Metaanalyse der Cochrane-Gruppe untersucht die Effekte verschiedener Interventionen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme nach dem Rauchstopp, und schließlich wird eine Studie aus England vorgestellt, die sich mit dem Einfluss des sozialen Gradienten in der Tabakentwöhnung beschäftigt.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine besinnliche Weihnachtszeit und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2009.

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

(1) O'LOUGHLIN J, GERVAIS A, DUGAS E, MESHEFEJIAN G (2008) Milestones in the Process of Cessation Among Novice Adolescent Smokers. http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/AJPH. 2007.128629v1, published online ahead of print Jul 16, 2008

Inhaltsverzeichnis:

Editorial	1
Fortbildungen für Fachberufe	1
Kongresse/Tagungen	2
Aus der Praxis für die Praxis	2
Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung	3–4

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe

1. Heidelberger Curriculum Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung – Diagnostik, Motivationsstrategien, Behandlung und Rückfallmanagement. Es gibt Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer. Termin im 1.Quartal 2009: 06.02.09, 12 – 18 Uhr. Infos unter www.tabakkontrolle.de; Anmeldung unter who-cc@dkfz.de

2. 20stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung", zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.. Die Fortbildung vermittelt theoretische Grundlagen, Kenntnisse und Fertigkeiten in der

Motivation und Behandlung von Rauchern. 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. Es gibt Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer. **Termine**: 03.04 – 04.04.2008. Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Osianderstraße 24, 72076 Tübingen. Information und Anmeldung: Frau Ekert, Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen, Tel.: 07071-2982313, Fax: 07071/ 295384; Email: sucht@med.uni-tuebingen.de

3. Kursleiterschulung für das „Neue Rauchfrei Programm" des IFT und der BZgA durch das Institut für Therapieforschung München. **Termine** im I. Quartal 2009: Essen, 09.02 – 13.02.2009; Berlin 05.03 – 09.03.2009; München, 21.03 – 22.03.2009; Mainz 28.03 – 29.03.2009; Teilnahme an den verkürzten Schulungen in München und Mainz nur für Personen mit abgeschlossener therapeutischer Zusatzausbildung. Infos unter http://www.rauchfrei-programm.de/schulung.htm; Anmeldung bei seidel@ift.de; Tel.: 089/360804-91, Fax: 089/ 360804-98

4. 2-tägige „Kursleiterschulung zur Durchführung von Tabakentwöhnung in Gruppentherapie" des Institutes für Raucherberatung & Tabakentwöhnung Bayern (IRT Bayern). Teilnehmer qualifizieren sich für die Leitung von Kursen nach dem Entwöhnungsprogramm des IRT Bayern (6 Sitzungen innerhalb von 14 Tagen + 2 Stabilisierungssitzungen 3 und 6 Wochen nach Kursende). Die Kurse sind von allen gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. **Termin**: 06.02 – 07.02.2009. Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089 / 68 999 511

5. Qualifikation Tabakentwöhnung der Bundesärztekammer. Diese 20-stündige Blended Learning-Maßnahme wird ausgerichtet von der Landesärztekammer Baden-Württemberg. **Präsenstermine**: Einführungsseminar (4 h) am 04.03.2009; Onlinegestütztes Selbststudium 8 h; Praxisseminar (8 h) am 02.04.2009; Kontakt: Landesärztekammer Baden-Württemberg: www.aerztekammer-bw.de

Kongresse/Tagungen:

– national

1. 10. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.
Ärzte und Psychologen erhalten 4 CME-Fortbildungspunkte. **Termin**: 25.03.2009, 12 – 17 Uhr. Tagungsort: Gästehaus der Universität Frauenlobstraße 1 (Ecke Miquelallee), Frankfurt. Anmeldung unter www.wat-ev.de oder KeimRPI@t-online.de

– international

2. 14. World Conference on Tobacco OR Health. **Termin**: 8. – 12. März 2009, Mumbai, Indien. Infos (auch zur Situation nach den Anschlägen in Mumbai) unter http://www.14wctoh.org

Aus der Praxis für die Praxis

Die Tabakentwöhnungsangebote der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse: Evidence goes practice

Im Jahr 2006 entschieden die Steiermärkische Gebietskrankenkasse (STGKK), das Gesundheitsressort des Landes Steiermark sowie seit Februar 2007 auch die Fachstelle für Suchtprävention VIVID, sich des Themas Tabakprävention in ihrem Bundesland mittels einer fünfjährigen Strategie, anzunehmen. Ziele der Tabakpräventionsstrategie sind:
1. Einstieg verhindern
2. Ausstieg erleichtern
3. Nichtraucher/innen schützen

Die STGKK nahm sich in Folge dieser Entscheidung der Entwicklung und Umsetzung ganzheitlicher Tabakentwöhnungsangebote an, um alle steirischen RaucherInnen bestmöglich auf dem Weg zur Rauchfreiheit unterstützen zu können.
Wichtig war der STGKK von Anfang an, dass die Wirksamkeit der Angebote wissenschaftlich belegt sein muss. Aus diesem Grund erfolgte die Konzeption und Umsetzung der Angebotspyramide in konstruktiver Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. und dem WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle in Heidelberg.
Theoretischer Hintergrund der Angebotspyramide sind das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung von Prochaska und DiClemente sowie das Modell der Zusammensetzung von Tabakabhängigkeit aus biopsychosozialen Faktoren.
So entstand im Frühling 2007 das Konzept für folgende Angebotspyramide, welche seit Juni 2007 erfolgreich zusammen mit dem Land Steiermark, Ressort Gesundheit, umgesetzt wird:

Angebote zur Grundversorgung
- Begleitende Öffentlichkeitsarbeit
- Positionierung von ÄrztInnen und medizinischem Personal zum Nichtrauchen und Motivierung von RaucherInnen zum Rauchstopp in den Ambulatorien der STGKK

Niederschwellige Angebote
- RaucherInnen-Helpline (Informationen und Anmeldung zu allen Angeboten der STGKK)
- Verstärkung der Kooperation mit dem anerkannten Österreichischen Rauchertelefon
- Implementierung des internetbasierten Rauchentwöhnungsprogramms www.endlich-aufatmen.at nach dem Vorbild des Internetprogramms der AOK in Deutschland.

Hochschwellige Angebote
- Ausbildung von EntwöhnungsexpertInnen nach dem „20stündigen Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung" zertifiziert durch den WAT e.V.
- Gruppenentwöhnungsseminare „Rauchfrei in sechs Wochen" in der gesamten Steiermark
- Einzelentwöhnungsberatung für spezielle Zielgruppen

Qualitätssicherung und Vernetzung
- Alle Angebote werden ständig auf wissenschaftliche Aktualität überprüft und, wenn nötig, auch weiterentwickelt
- Vernetzung mit anderen Sozialversicherungsträgern, Vernetzung der ExpertInnen untereinander, aber vor allem Vernetzung der Angebote untereinander wie z.B. die telefonische Nachbetreuung der Gruppenseminare durch das Österreichische Rauchertelefon

Alle Angebote werden quantitativ evaluiert. Die hochschwelligen Angebote werden zusätzlich mittels Fragebogenerhebung hinsichtlich Übertragbarkeit der kontinuierlichen Abstinenzraten, die in der Literatur beschrieben werden, auf steirische Verhältnisse hin überprüft. Des Weiteren wird z.B. die TeilnehmerInnenzufriedenheit abgefragt.
Die Ergebnisse nach einem Jahr Laufzeit (01.06.2007 – 30.06.2008) sind, natürlich auch durch die Einbettung der vielfältigen Angebote in die gesamte Tabakpräventionsstrategie für das Bundesland Steiermark, äußerst erfreulich – einige Beispiele:
- 1.519 motivierende Gespräche durch ÄrztInnen und medizinisches Personal wurden in den Ambulatorien der STGKK durchgeführt

- 1.107 Anrufe zu Informations- und Anmeldungszwecken gingen bei der RaucherInnen-Helpline ein
- 6.430 Visits der Tabakentwöhnungswebsite www.endlich-aufatmen.at
- Verdoppelung der Anrufe aus der Steiermark beim Österreichischen Rauchertelefon im Vergleich zum Vorjahr
- 753 TeilnehmerInnen an den Gruppenseminaren (93% sehr zufrieden)

Für weitere Informationen zu den Tabakentwöhnungsangeboten der STGKK steht die Autorin und Leiterin der Tabakentwöhnungsstrategie der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse gerne zur Verfügung:

Dr.in med. Kathryn Hoffmann
Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Team Gesundheitsförderung & Public Health
Josef-Pongratz-Platz 1
A-8010 Graz; kathryn.hoffmann@stgkk.at

Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung

a) Shraim M, Parsons AC, Aveyard P, Hajek P.
Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, Draft 2008. Die Publikation ist auf Anfang 2009 terminiert

Hintergrund

Als Konsequenz einer befürchteten oder tatsächlich eingetretenen Gewichtszunahme nach einem Rauchstopp werden Ausstiegsversuche gar nicht gestartet oder wieder abgebrochen. Von Interventionen zur Begrenzung der Gewichtszunahme nach Rauchstopp könnten viele Raucher profitieren. In der hier vorgestellten Metaanalyse wurde unter anderem berechnet, wie groß der Effekt verschiedener pharmakologischer und nicht-pharmakologischer Maßnahmen auf die Reduktion der Gewichtszunahme ist

Methode

Es wurden zwei Arten von Interventionen untersucht: Solche, die speziell dafür entwickelt wurden, eine Gewichtszunahme möglichst gering zu halten und solche, die als Tabakentwöhnungsstrategie entwickelt wurden, aber einen plausiblen Einfluss auf die Gewichtszunahme haben könnten wie Antidepressiva, Nikotinersatztherapie, körperliches Training und auch Vareniclin.
Das „Cochrane Tobacco Addiction Group Specialized Register" wurde auf die Begriffe food, calorie restrict*, intake, diet*, body mass index, bmi, Quetelet, waisthip ratio (WHR), weight, bodyweight und durchsucht, zusätzlich auch die vier elektronischen Datenbanken MEDLINE, EMBASE, PsycINFO und Web of Science.
Für den zweiten Teil wurden die dafür in Frage kommenden Cochrane Reviews herangezogen: Antidepressants for smoking cessation, Exercise interventions for smoking cessation, Nicotine replacement therapy for smoking cessation, Cannabinoid type 1 receptor antagonists (rimonabant) for smoking cessation und Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation.
12 randomisierte Kontrollgruppenstudien wurden für den ersten Teil des Reviews identifiziert. In allen Studien waren ausstiegswillige Raucher rekrutiert worden, die eine Gewichtszunahme vermeiden wollten, wobei in acht Studien nur Raucherinnen aufgenommen wurden. Für den zweiten Teil wurden 44 individuelle Studien herangezogen. Neben der Veränderung des Gewichts zwischen Studienbeginn und Behandlungs- bzw. Studienende wurde zusätzlich errechnet, inwieweit die Interventionen einen Einfluss auf die Abstinenzwahrscheinlichkeit hatten.

Ergebnisse

Für eine Reihe von pharmakologischen Interventionen, die auf die Reduzierung der Gewichtszunahme nach Rauchstopp zielten, konnten zwar kurzfristige Effekte zum Ende der Behandlung ermittelt werden (z.B. Dexfenfluramine -2.50kg, 95% KI -2.98kg, -2.02kg; Fluoxetin -0.80kg, 95% KI -1.27kg, -0.33kg; oder Naltrexon -0.76kg, 95% KI -1.51kg, -0.01kg;). Die Reduktion der Gewichtszunahme konnte jedoch nach sechs bzw. 12 Monaten nicht mehr bestätigt werden.
Unter den verhaltensbezogenen Interventionen erbrachte der Ratschlag zur Gewichtskontrolle weder einen positiven Effekt zu Ende der Behandlung noch 12 Monate danach. Individualisierte Programme konnten die Gewichtszunahme bei Behandlungsende und nach 12 Monaten reduzieren (-2.58kg, 95% KI -5.11kg, -0.05kg), ohne dass dadurch die Tabak-Abstinenz negativ beeinflusst wurde. Die weiten Konfidenzintervalle allerdings lassen diesen Effekt etwas unsicher erscheinen. Eine sehr kalorienarme Diät sowie kognitiv-behaviorale Therapie (KVT) zur Akzeptanz von Gewichtszunahme erbrachten bessere Abstinenzquoten und geringere Gewichtszunahme am Ende der Behandlung und nach 12 Monaten, wobei der Effekt der Diät nach 12 Monaten nicht mehr signifikant war. Die Gewichtsreduktion nach 12 Monaten betrug -1.30kg (95% KI -3.49kg, 0.89kg) für die kalorienarme Diät und -5.20kg (95% KI -9.28kg, -1.12kg) für die kognitiv-behaviorale Therapie.
Sowohl Bupropion (300mg/Tag) als auch Fluoxetin (30mg und 60mg/Tag kombiniert; hier als Antidepressivum zur Tabakentwöhnung eingesetzt) hatten einen moderat günstigen Effekt auf die Gewichtszunahme bei Behandlungsende, der bei Bupropion nach 12 Monaten auf etwa die Hälfte geschrumpft und nicht mehr signifikant war. Für körperliches Training alleine konnte keine nennenswerte Reduktion der Gewichtszunahme nachgewiesen werden.
Die Effekte der Nikotinersatztherapie insgesamt waren bei Behandlungsende zwar signifikant, wenn auch absolut gesehen mit -0.45kg eher gering (95% KI -0.70kg, -0.20kg). Zwischen den verschiedenen Nikotinersatzpräparaten konnten keine Unterschiede festgestellt werden. 12 Monate danach war der absolute Effekt vergleichbar (-0.42kg), aber nicht mehr signifikant. Für Vareniclin konnte kein Effekt ermittelt werden, auch wenn in einer Studie nach 12 Wochen abstinente Raucher, die auf eine verlängerte Vareniclin-Behandlung randomisert wurden, die Probanden durchschnittlich 0.71kg weniger zunahmen (95% KI-1.04kg, -0.38 kg). In drei Studien wurde der Effekt von Bupropion mit Vareniclin verglichen. Teilnehmer, die Bupropion bekamen, hatten am Ende der Behandlung signifikant weniger an Gewicht zugenommen (-0.51kg, 95% KI -0.93kg, -0.09kg).

Diskussion

Einige der pharmakologischen Maßnahmen zur Begrenzung der Gewichtszunahme nach Rauchstopp waren zwar kurzfristig wirksam, jedoch ist deren Nutzen wegen Problemen mit Nebenwirkungen und fehlenden Daten zur langfristigen Wirksamkeit sehr limitiert. Ein bloßer Ratschlag zur Gewichtskontrolle bleibt ohne Wirkung und gefährdet möglicherweise die Abstinenz, wohingegen individualisierte Interventionen, kognitive Verhaltenstherapie und kalorienarme Diät effektiv sind, ohne die Tabakabstinenz zu gefährden. Auch wenn körperliches Training die Erwartungen an eine verminderte Gewichtszunahme nicht erfüllen konnte, ist die Evidenz nicht ausreichend, um einen moderaten Effekt ganz auszuschließen. Die pharmakologischen Therapien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit wie Bupropion, Nikotinersatztherapie und wahrscheinlich auch Vareniclin können die Gewichtszunahme einschränken, solange die Präparate genutzt werden. Auch hierfür gilt, dass keine über ein Jahr anhaltenden Effekte nachgewiesen werden konnten, die Evidenz jedoch nicht ausreichend ist, um einen moderaten Langzeiteffekt

Impressum:
Der Newsletter erscheint sechs Mal im Jahr.

Herausgeber:
Deutsches Krebsforschungszentrum
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle
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
Telefon: +49-(0)6221-42-3007 · Telefax: +49-(0)6221-42-3020
e-Mail: who-cc@dkfz.de · http://www.tabakkontrolle.de

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Martina Pötschke-Langer

Redaktion:
Dr. Martina Pötschke-Langer, Dipl.-Psych. Peter Lindinger, Prof. Dr. Anil Batra, Dr. Wilfried Kunstmann

auszuschließen. Aus den Daten lassen sich insgesamt keine eindeutigen klinischen Empfehlungen ableiten.

Implikationen für die Praxis nach Meinung der Cochrane-Autoren:
- Tabakentwöhnung geht in der Regel mit einer Gewichtszunahme durch subkutane Fetteinlagerung einher
- Im Durchschnitt nehmen kontinuierlich abstinente Exraucher im Laufe eines Jahres 4–6 kg zu
- Es gibt keine empfehlenswerte pharmakologische Therapie, um die Gewichtszunahme langfristig zu verringern.
- Der Ratschlag, die Kalorienaufnahme zu reduzieren, um eine Gewichtszunahme zu verhindern, kann Abstinenz gefährden und ist unwirksam zur Gewichtskontrolle
- Auf den Einzelnen zugeschnittene, verhaltenstherapeutische Programme zur Gewichtskontrolle, stark kalorienreduzierte Diät und Kognitive Verhaltenstherapie sind zur Reduktion der Gewichtszunahme geeignet, ohne sich negativ auf die Abstinenzerfolge auszuwirken. Allerdings sind zusätzliche Studien notwendig, um abzusichern, dass sich dieser Effekt bei allen Rauchen erzielen lässt und nicht nur bei denjenigen, die wegen der drohenden Gewichtszunahme besonders besorgt sind.
- NRT, Antidepressiva und Vareniclin können eine Gewichtszunahme verringern, solange sie angewendet werden, aber es ist ungewiss, ob dieser Effekt langfristig anhält
- Der Langzeiteffekt aller Interventionen zur Tabakentwöhnung und Gewichtskontrolle (weniger als 1 kg) ist in Relation zur Gewichtszunahme sehr bescheiden (5 kg) und nur grenzwertig klinisch relevant.

b) Kotz D & West R (2008) It's not in the trying, but in the succeeding. Explaining the social gradient in smoking cessation: Tob. Control published online 20 Oct 2008 doi:10.1136/ tc.2008.025981

Hintergrund
Raucher mit einem niedrigen sozioökonomischen Status haben geringere Chancen, dauerhaft mit dem Rauchen aufzuhören. In dieser Studie wurde der Frage nachgegangen, inwieweit dieser Zusammenhang in England auf einen sozialen Gradienten bei Ausstiegsversuchen, Verwendung von Ausstiegshilfen und/oder Erfolg von Ausstiegsversuchen zurückzuführen ist.

Methode
Aus einer computerunterstützten Querschnittsbefragung im Zeitraum November 2006 bis Januar 2008 (N> 25 000) wurden diejenigen Teilnehmer selektiert, die im letzten Jahr geraucht haben (N= 6 950). Bei diesen Personen wurden ernsthafte Ausstiegsversuche, Einsatz von evidenzbasierten Ausstiegshilfen (medikamentös und verhaltensbezogen) und Ausgang der Ausstiegsversuche erfasst. Bei aktuellen Rauchern wurden zusätzlich der Tageskonsum und die Tabakabhängigkeit mittels Fagerströmtest (FTND) erhoben.

Ergebnisse
Teilnehmer aus der Gruppe mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status hatten einen höheren durchschnittlichen Tageskonsum (15,8 Zig) und höheren Fagerströmwert (3,8) als Teilnehmer mit einem hohen Status (12,1 Zigaretten; FTND 2,3; $p<0.001$). Die Unterschiede in den Erfolgsquoten der Ausstiegsversuche waren hochsignifikant. Während in der höchsten sozioökonomischen Gruppe eine Erfolgsquote von 20,4% berichtet wurde, waren es bei Teilnehmern mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status nur 11,4%, die zum Zeitpunkt der Befragung weiter rauchfrei geblieben waren ($p<0.001$). Hinsichtlich der Rate der ernsthaften Ausstiegsversuche gab es aber keinen Unterschied (42,7% in der Gruppe mit dem höchsten Status, 41,3% in der Gruppe mit dem niedrigsten Status). Auch die Verwendung leitlinienkonformer Ausstiegshilfen kann den Unterschied in der Erfolgsquote nicht erklären: Medikamentöse Hilfen wurden von Teilnehmen aus benachteiligten Schichten relativ häufiger angewandt (50,9% vs. 46,7% in der Gruppe mit dem höchsten Status). Nikotinersatztherapie auf Verschreibungsbasis wurde sogar signifikant häufiger in Anspruch genommen (13,8% vs. 8,8%, $p=.016$). Die behavioralen Ausstiegsangebote des NHS wurden bei den Ausstiegsversuchen nur selten genutzt (7% bei Teilnehmern mit dem höchsten Status, 4,8% bei Teilnehmern mit dem niedrigsten Status).

Diskussion
Sozioökonomisch benachteiligte Raucher scheinen sich zwar mehr mit den zur Verfügung stehenden Ausstiegsangeboten zu beschäftigen und diese auch zu nutzen (die Erstattungsregelung in England führt zu einer häufigen Nutzung von Nikotinersatzpräparaten), ihre Ausstiegsbemühungen führen jedoch seltener zum erhofften Ziel einer langfristigen Abstinenz.
Verschieden Faktoren zur Erklärung der Unterschiede kommen in Betracht. Dazu zählen eine höhere Tabakabhängigkeit, ein höherer Raucheranteil in der unmittelbaren sozialen Umgebung oder ein höheres Level von Stress, der bei Rückfällen nach Rauchstopp eine Rolle spielt, wenn Rauchen zur Stressbewältigung eingesetzt wird. Aus qualitativen Untersuchungen ist bekannt, dass Rauchen im Alltag von sozial benachteiligten Rauchern tief verankert ist, weil sie mit anderen Rauchern Kontakte knüpfen, arbeiten oder zusammenleben, wodurch eine Tabakabstinenz erschwert wird. In Anbetracht einiger methodischer Einschränkungen (Querschnittserhebung, keine Daten zur Compliance) konnten keine anderen Hypothesen zur Erklärung der Differenzen getestet werden

Wichtig für die Praxis:
Der geringere Erfolg benachteiligter sozialer Gruppen bei Ausstiegsversuchen lässt sich nicht durch seltenere Ausstiegsversuche oder seltenere Verwendung evidenzbasierter Therapien erklären. Solange von Forschungsseite die eigentlichen Ursachen nicht geklärt sind, sollte diesen Rauchern eine möglichst intensive psychosoziale Unterstützung angeboten werden.