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. 38
Dezember
2009

Editorial

Bitte geben Sie spontan eine Schätzung ab: Wie groß ist der Anteil sogenannter „SFHC -smoke-free hospital campus“ unter den nicht-staatlichen Akutkrankenhäusern in den US-Bundesstaaten Arkansas und Wisconsin? In den SFHC ist der Gebrauch von Zigaretten, Pfeifen oder Zigarren in sämtlichen Gebäuden und allen Außenbereichen des gesamten Klinikgeländes verboten. Sinn und Zweck einer solchen Regelung liegen auf der Hand – Patienten, Mitarbeiter, Freiwillige und Besucher vor Passivrauch schützen. Eine noch weitergehende Regelung gilt für “TFHC – tobacco-free hospital campus“, wo zusätzlich rauchlose Tabakprodukte eingeschlossen sind, um Raucher vor dem Umstieg auf „Snuff“ und „Snus“ zu bewahren.
Nutzen und Schaden durch rauchlose Produkte waren ebenfalls Thema auf der „Nationalen Tagung zum Rauchstopp“ der Schweiz, die sich mit dem Schwerpunkt „Neue Entwicklungen in Forschung und Praxis“ beschäftigte. Dort stellte Jacques Cornuz den Wissenstand zu „Smoking reduction“ und den aktuellen Schweizer Expertenkonsens vor. Sein Fazit: Eine Reduktion des Tabakkonsums sollte als Therapieziel nicht empfohlen werden, weil es keine Beweise für eine bedeutsame Verminderung der Gesundheitsrisiken gibt und die Gefahr besteht, dass zentrale Botschaften von Tabakkontrollstrategien aufgeweicht werden und ein negativer Effekt für die öffentliche Gesundheit entstehen kann. Ausnahmen in besonderen Fällen bestätigen diese Regel. Eine Reduktion des Tabakkonsums als Vorstufe eines vollständigen Rauchstopps kann Sinn machen. In Verbindung mit Beratung und Nikotinersatzpräparaten würde die Reduktion häufiger zur Abstinenz führen. Abstinenz ist und bleibt die einzige Strategie zur evidenzbasierten Verminderung von Gesundheitsrisiken. Wasserpfeife, Snuff oder Snus und elektronische Zigaretten stellen keine Alternativen dar, mit denen eine substantielle Verringerung der Gesundheitsrisiken zu erzielen wären. Die Antwort auf die eingangs gestellte Frage lautet: Alle 209 nichtstaatlichen Akutkrankenhäuser in Arkansas und Wisconsin sind komplett rauchfrei (1)!

Auf der 7. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle haben sich nicht nur annähernd 300 Fachleute zu den unterschiedlichsten Facetten von Tabakkontrolle und Tabakentwöhnung ausgetauscht, sondern es wurden auch zwei neue Veröffentlichungen des Deutschen Krebsforschungszentrums vorgestellt. Der Tabakanbau selbst ist mit Risiken verbunden, die Gesundheit und soziale Strukturen, aber auch die Umwelt betreffen. Wertvolle Wälder werden vernichtet, Böden und Gewässer werden vergiftet und die Bodenerosion deutlich beschleunigt. Auf Tabakplantagen werden Kinderarbeit und die Erkrankung von Arbeitern an der "Grünen Tabakkrankheit" geduldet. Ein weiterer Aspekt ist die gewaltige Masse von Tabakabfällen, vorwiegend Zigarettenkippen, die zu einer schleichenden Vergiftung der Umwelt beitragen. „Umweltrisiko Tabak – von der Pflanze zur Kippe“ – ist der Titel des ersten deutschen Reports zu diesem Thema, in dem auch Möglichkeiten zur Beseitigung des Umweltrisikos Tabak beleuchtet werden.

Inhaltsverzeichnis:

Editorial	1
Fortbildungen für Fachberufe	2
Kongresse/Tagungen	2
News in Kürze	2
Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung	3–5

Eine weitere Veröffentlichung beleuchtet die volkswirtschaftlichen Kosten des Rauchens. In einer Neubewertung kommen die Wirtschaftswissenschaftler Michael Adams und Tobias Effertz zu dem Ergebnis, dass die direkten und indirekten Kosten des Tabakkonsums allein in Deutschland jährlich etwa 34 Milliarden Euro betragen, wobei die verlorenen Lebensjahre in diese Berechnung nicht mit einbezogen wurden. Die Publikationen können heruntergeladen werden unter www.tabakkontrolle.de.

In dieser Ausgabe des Newsletters werden zwei neue Studien etwas ausführlicher vorgestellt:

- Eine große Interventionsstudie zur Wirksamkeit proaktiver Telefonberatung bei jugendlichen Raucherinnen und Rauchern auf Grundlage von Motivational Interviewing und Kognitiver Verhaltenstherapie
- Eine Metastudie zu den Effekten behavioraler Interventionen zur Verhinderung einer übermäßigen Gewichtszunahme nach einem Rauchstopp

Wie gewohnt informieren wir darüber hinaus über die aktuellen Fortbildungs- und Veranstaltungstermine.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine besinnliche Weihnachtszeit und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2010,

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

(1) Goldstein A et al (2009) State adoption of 100% smokefree acute non Federal hospital campus policies. Int. J. Environ. Res. Public Health 6, 2793 – 2799

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: 12.03.2010, 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. 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.
Termin: 05.03 – 06.03.2010. 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 oder sucht@med.uni-tuebingen.de

3. Kursleiterschulung für das „Rauchfrei Programm" des IFT und der BZgA durch das Institut für Therapieforschung München.
Termine: Frankfurt, 04.02.–08.02.2010; Mainz, 20.03.–21.03.2010. Die verkürzte Schulung in Mainz richtet sich an Personen mit psychotherapeutischen Zusatzqualifikationen. Infos unter http://www.rauchfrei-programm.de/schulung. htm; Anmeldung bei seidel@ift.de; Tel.: 089/360804-91, Fax: 089/ 360804-98

4. Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen bietet Schulungen zum „Das ABC der Raucherberatung" für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe an.
Termine: Grundschulung 04.03 in Memmingen, 11.03. in Pirna und 16.03.2010 in Essen; Aufbauschulung für Teilnehmer, die bereits an einer Schulung teilgenommen haben, am 31.03 in Memmingen, 27.04 in Essen und 29.04.2010 in Pirna. Anmeldung: Fax 030 – 817 98 58 29 oder nehrkorn@dngfk.de

5. Curriculum Tabakentwöhnung der Bundesärztekammer: Die Qualifikationsmaßnahme für Ärzte hat einen Umfang von 20 Stunden und kombiniert in einem sog. „Blended Learning"-Format zwei Präsenzeinheiten (insgesamt 12 Stunden) mit online-gestütztem, tutoriell begleitetem Selbststudium (8 Stunden). Die aktuellen Termine sind dem Fortbildungskalender der Bundesärztekammer zu entnehmen (http://www.baek.de/downloads/FBKalender20091001.pdf). Weitere Auskünfte unter Tel.: 030 – 400456412 oder cme@baek.de

6. 2-tägige „Kursleiterschulung zur Durchführung von Tabakentwöhnung in Gruppentherapie" des Institutes für Raucherberatung & Tabakentwöhnung Bayern (IRT Bayern). Die Kurse sind von allen gesetzlichen Krankenkassen anerkannt.
Termin: 29.01– 30.01.2010. Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089 / 68 999 511

Kongresse/Tagungen:

1. 11. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. Ärzte und Psychologen erhalten 4 CME-Fortbildungspunkte. Termin: 24.03. 2010, 13–17 Uhr. Tagungsort: Gästehaus der Universität Frauenlobstraße 1 (Ecke Miquelallee), Frankfurt. Programm und Anmeldung demnächst unter www.wat-ev.de

2. Das Annual Meeting der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) 2010 findet vom 24.02–27.02.2010 in Baltimore, Maryland, statt. Infos unter http://www.srnt.org/meeting/2010

News in Kürze

a) Neues EU-Projekt ACCESS: (Access strategies for teen smoking cessation in Europe)

Die Prävalenz des Rauchens bei Jugendlichen in Europa ist trotz erster Erfolgsmeldungen von sinkenden Trends nach wie vor zu hoch. Befragungen zeigen, dass jugendliche Raucher gerne aufhören möchten, dabei aber allein wenig erfolgreich sind. Dennoch nehmen sie kaum Hilfsangebote in Anspruch.
Deshalb haben sich 10 europäische Länder unter der Leitung von Deutschland (Koordination: IFT Institut für Therapieforschung, Dr. Anneke Bühler) im Projekt ACCESS zusammengefunden, um erfolgreiche Strategien zu identifizieren, wie Jugendliche motiviert werden können, an vorhandenen Tabakentwöhnungsangeboten teilzunehmen. Ergebnisse sollen im Juni 2010 auf einer internationalen Konferenz in Wien vorgestellt und diskutiert werden. Weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite des Projekts: www.access-europe.com

Ansprechpartnerinnen: Dr. Anneke Bühler, IFT München (buehler@ift.de) und Dr. Stephanie Flöter, IFT München (floeter@ift.de)

b) Höher dosiertes Nikotinpflaster in Deutschland verfügbar
Seit November 2009 ist die Produktpalette der Nikotinersatztherapie um ein höher dosiertes 16-Stunden-Pflaster erweitert worden: Nach Angaben des Herstellers steigert ein Einstieg mit dem neuen 25 mg Pflaster die Erfolgsquote nach einem Jahr um 36% gegenüber dem bislang erhältlichen Pflaster steigern. Die verbesserte Effektivität resultiert demnach aus einer höheren Nikotinverfügbarkeit und der dadurch bedingten stärkeren Dämpfung der Entzugssymptomatik. Starke Raucher mit einem Tageskonsum von mehr als 20 Zigaretten sollten nach den Empfehlungen des Herstellers mit dem 25 mg Pflaster starten, um nach 8 Wochen auf die nächst niedrigeren Dosierungen 15 mg und 10 mg zu wechseln. Raucher mit einem Konsum von bis zu 20 Zigaretten sollten mit dem 15 mg Pflaster beginnen.

c) Kontrollierte Studie zu Akupunktur
Akupunktur ist eine anerkannte Methode der Medizin, aber ihre Wirksamkeit in der Tabakentwöhnung ist bislang nicht belegt. Kontrollierte Studien jüngeren Datums dazu sind rar. Bei einer jüngst publizierten Studie (2) wurden 59 relativ junge Raucherinnen und Raucher (M= 28 Jahre) auf zwei Bedingungen randomisiert: Eine Behandlungsgruppe erhielt eine sechswöchige Akupunktur an spezifischen Anti-Rauch-Punkten, während die Kontrollgruppe mit einer Scheinakupunktur behandelt wurde. Weder die Abstinenzquoten (13,3% in der Akupunktur- vs. 13,7% in der Kontrolle) noch die Cotinin- oder CO-Werte wiesen nach Ende der Behandlung Unterschiede zwischen den beiden Bedingungen auf. Damit wurde die Einschätzung internationaler Leitlinien bestätigt, dass es keine Grundlage gibt, um Akupunktur als effektive Methode der Tabakentwöhnung zu empfehlen.

(2) Yeh ML, Chang CY, Chu NF, Chen HH (2009) A six-week acupoint stimulation intervention for quitting smoking. Am J Chin Med, 37(5), 829 – 836.

Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung

a) Peterson AV, Kealey KA, Mann SL, Marek PM, Ludman EJ, Liu J & Bricker JB (2009) Group-Randomized Trial of a Proactive, Personalized Telephone Counseling Intervention for Adolescent Smoking Cessation. J Natl Cancer Inst, 101, 1378–1392

Hintergrund
In den letzten Jahren konnten einige Metaanalysen zur Tabakentwöhnung bei Jugendlichen den Beweis erbringen, dass Programme auf der Basis von Motivierenden Interventionen (MI) und Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) wirksam sind. Neben der wenig konsistenten Motivation bereitet die Rekrutierung einer ausreichend großen Zahl von teilnehmenden Jugendlichen besondere Probleme. Die klassischen Rekrutierungsmaßnahmen machen erforderlich, dass Jugendliche den ersten Schritt unternehmen müssen, was eine zusätzliche Hürde für die Teilnahme darstellen dürfte. In der vorliegenden Studie wurden rauchende Jugendliche proaktiv identifiziert und kontaktiert, und die Intervention bestand in einer proaktiven telefonischen Beratung, die der besonderen Motivationslage von Jugendlichen Rechnung trug, indem MI und ein kognitiv-verhaltentherapeutisches Bewältigungstraining kombiniert wurde. Der Erfolg der Maßnahme wurde mit einem konservativen Abstinenzmaß (für mind. sechs Monaten anhaltende Abstinenz bei der 12-Monats-Katamnese) ermittelt.

Methode
Im Rahmen der Hutchinson Study of High School Smoking (HS) wurden im US-Bundesstaat Washington 50 High Schools mittels Matched Pairs-Technik randomisiert.
Die Studienkohorte bestand aus 2151 rauchenden Jugendlichen, die durch ihre Selbstangaben im Rahmen einer Gesamtbefragung in den Klassenzimmern identifiziert worden waren. Damit eine Studienteilnahme nicht automatisch den Rauchstatus der Jugendlichen offenbart, wurden auch 419 Nieraucher und 324 Ex-Raucher (seit mindestens drei Monaten rauchfrei) inkludiert. Die Intervention bestand aus mehreren Komponenten:
1) proaktive Identifikation von (mindestens monatlichen) Rauchern im Rahmen der Gesamtbefragung,
2) proaktiver Kontakt mit den Eltern von minderjährigen Teilnehmern, um die Teilnahmeerlaubnis einzuholen,
3) proaktive Rekrutierung aller identifizierten und für die Intervention in Frage kommenden Raucher durch die Telefonberater,
4) individuelle, proaktive Telefonberatung,
5) adjuvante Printmedien und eine altersgerechte Website zur Tabakentwöhnung.

Da sich die Jugendlichen nicht aus freien Stücken zu einer Tabakentwöhnung angemeldet hatten, sondern proaktiv rekrutiert worden waren, wurde MI als primäre Komponente der Intervention gewählt. Die Beratung folgte der Änderungsbereitschaft der betreffenden Jugendlichen: Wenn sie nicht bereit waren, mit dem Rauchen aufzuhören, erhielten sie bis zu drei motivationsfördernde Anrufe, in denen die intrinsische Motivation und die Erfolgszuversicht gestärkt werden sollten. Falls nach diesen drei Anrufen keine Ausstiegsbereitschaft erkennbar geworden war, galt die Intervention als abgeschlossen. Änderungsbereite Jugendliche erhielten einen Anruf zur Vorbereitung des Ausstiegs und bis zu sechs weitere Unterstützungsanrufe auf der Grundlage von KVT. Auch bei diesen Anrufen war der Beratungsstil an die Grundhaltungen von MI angelehnt. Die Dauer der einzelnen Beratungskontakte betrug etwa 15 Minuten.
Die teilnehmenden High Schools in der Kontrollbedingung erhielten keine Intervention.

Ergebnisse
Die teilnehmenden Raucherinnen (47% Mädchen) und Raucher waren meist 16 (30,5%) oder 17 Jahre alt (62%). Das Einverständnis zur Teilnahme wurde von 669 der 779 der Eltern von Minderjährigen (entspricht 85.9%) gegeben.
Bei der Nachbefragung ein Jahr später betrug die seit mindestens sechs Monaten anhaltende Abstinenz unter allen Rauchern in der Interventionsgruppe 21,8%, in der Kontrollgruppe 17,7%. Dieser Unterschied lag noch innerhalb einer zufälligen Schwankungsbreite (4,0% Differenz, 95% KI = -0,2 – 8,1; p = .06). Unter den täglichen Rauchern fanden sich deutlichere und signifikante Unterschiede zwischen den beiden Bedingungen. 10,1% in der Beratungs-, aber lediglich 5,9% in der Kontrollgruppe waren seit mindestens sechs Monaten abstinent (Differenz 4,1%, 95% KI = 0,8 – 7,1; p = .02). Ein deutlicher Interventionseffekt war insbesondere bei den täglich rauchenden männlichen Jugendlichen zu beobachten (Differenz = 6,3%, KI = 2,3 – 9,8 p = .006), während bei den täglich rauchenden weiblichen Jugendlichen kein signifikanter Effekt ermittelt wurde (Differenz = 1,3%, KI = -3,3 – 5,2 p = .564).
Wenn als Erfolgsmaß die 30 Tage-Punktprävalenz herangezogen wird, fallen die ermittelten Abstinenzquoten unter den täglichen Rauchern erheblich höher aus. Hier liegt die Behandlungsgruppe bei 20,4%, während es in der Kontrollgruppe nur 11,9% waren (Differenz = 8,5%, KI = 2,8 – 13,6 p = .006).
Die Follow-up Ausschöpfung war mit 89% außergewöhnlich hoch. Dies erklärt sich aus einem mehrstufigen Anschreibeprozedere und – wo notwendig – der zusätzlichen telefonischen Datenerhebung. Für die Rücksendung des Fragebogens wurden monetäre Anreize ($10 bis $20) geboten.

Diskussion
Mit dem gewählten Vorgehen konnte bei einer proaktiv identifizierten und repräsentativen Zielpopulation ein eindeutig signifikanter und klinisch bedeutsamer Interventionseffekt erzielt werden. 93% der in Frage kommenden Schüler nahmen an der Eingangsbefragung teil, und fast 90% der identifizierten Raucher in den „Experimentalschulen" waren entweder wegen ihres Alters oder des Einverständnisses durch ihre Eltern für die Intervention geeignet. Fast zwei Drittel aller rauchenden Jugendlichen nahmen an der proaktiven Telefonberatung teil, und 47% der Gesamtkohorte absolvierten alle vereinbarten Beratungsgespräche. Auch wenn keine biochemische Verifizierung der Selbstangaben erfolgte, sind die Nachbefragungsdaten durch einen aufwendigen Fragekatalog mit unterschiedlichen Maßen der Abstinenzdauer als valide anzusehen. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mit dem gewählten Ansatz ein Großteil der Zielgruppe erreicht, erfolgreich rekrutiert wurde und die Intervention durchlaufen hat, wodurch ein außergewöhnlicher großer Impakt erzielt werden konnte.
Die Autoren erklären den Erfolg des Projektes mit fünf Besonderheiten:
1) Die therapeutische Orientierung an Motivational Interviewing: Damit wird die Motivationslage von Jugendlichen angemessen berücksichtigt und gefördert, gleichzeitig der Wunsch nach Autonomie gewahrt. In Kombination mit KVT werden auch die Änderungskompetenzen ausreichend gestärkt.
2) Die individuelle und personalisierte Intervention, die die relevanten Bedürfnisse des Einzelnen fokussiert
3) Das proaktives Vorgehen in jeder Phase der Intervention
4) Die Einbeziehung von nicht-täglichen Rauchern und Nichtrauchern, wodurch Stigmatisierung verhindert und die Rekrutierung erleichtert wurde
5) Die qualitativ hochwertige Implementierung der Intervention, hochmotivierte und qualifizierte Berater, das detaillierte Beratungsprotokoll und eine sorgfältige Supervision.

Im Editorial derselben Ausgabe des Journals ist davon die Rede, dass mit dieser Studie ein neuer wissenschaftlicher Standard gesetzt wurde, an dem sich ähnliche Studien in Zukunft messen müssten. Rauchertelefone sollten ermutigt werden, die beschriebene Intervention so weit wie möglich zu implementieren, mit dem Ziel, auf nationaler Ebene die Anzahl erfolgreicher Ausstiegsversuche unter Jugendlichen zu erhöhen. Aus Forschungsperspektive wäre interessant, das Beratungsprotokoll experimentell zu modifizieren, um den Impakt spezifischer Komponenten der Intervention zu ermitteln.

b) Spring B, Howe D, Berendsen M, McFadden HG, Hitchcock K, Rademaker AW & Hitsman B (2009) Behavioral intervention to promote smoking cessation and prevent weight gain: a systematic review and meta-analysis. Addiction, 104, 1472–1486

Hintergrund
In prospektiven epidemiologischen Studien wird nach dem Rauchstopp meist von einer Gewichtszunahme von etwa 3,0 bis 5,5 kg berichtet. Die Aussicht auf eine

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

Gewichtszunahme diesen Umfangs entmutigt viele Raucher, den Ausstieg überhaupt anzugehen. Es existieren zwar verschiedene Empfehlungen zu den Möglichkeiten eines behavioralen Gewichtsmanagement im Rahmen einer Tabakentwöhnung, systematische Übersichten und Metaanalysen fehlen jedoch bislang. In der hier vorgestellten Metaanalyse wurde untersucht, wie sich solche Interventionen auf die Tabakentwöhnung auswirken und ob diese Maßnahmen die Gewichtszunahme tatsächlich reduzieren können.

Methode

Die „Cochrane Database of Systematic Reviews" und das „Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)"sowie die Datenbanken Ovid MEDLINE, EMBASE, PsycINFO und CINAHL wurden im Januar und Februar 2007 auf relevante Begriffe durchsucht.
Operationalisiert wurden diese verhaltensbezogenen Interventionen als nicht-pharmakologische, nicht-operative Behandlungen, bei denen die Energiebilanz entweder über reduzierte Kalorienaufnahme oder erhöhten Verbrauch durch körperliche Aktivität oder Training modifiziert wurde. Auch kognitiv-behaviorale Therapie (KVT) zur Einstellungsänderung zu Essverhalten und Gewichtszunahme wurde inkludiert. Studien, bei denen Nikotinersatztherapie zum Einsatz kam, wurden nur berücksichtigt, wenn behaviorale Behandlungs- und Kontrollgruppe identische pharmakologische Unterstützung erhielten.
Von ursprünglich 779 identifizierten Publikationen blieben 35 randomisierte Studien übrig, von denen wiederum 25 exkludiert wurden, u.a. weil keine Gewichtsveränderung ermittelt wurde oder kein Vergleich mit einer reinen Intervention zur Tabakentwöhnung stattfand.
Schließlich verblieben 10 Studien, die sämtliche Einschlusskriterien erfüllten und in die Metaanalyse inkludiert wurden. Zusätzlich wurde geprüft, ob ein systematischer Publikations-Bias vorliegt.

Ergebnisse

Eine Kombination aus Tabakentwöhnung und Gewichtsmanagement führte zu signifikant besseren Kurzzeit-Abstinenzquoten (OR = 1,29, 95% KI = 1,01 – 1,64, p = 0.041) als eine rein auf Tabakentwöhnung ausgerichtete Intervention alleine. Die Überlegenheit der zusätzlichen Intervention blieb in der Tendenz auch längerfristig erhalten, war aber nicht mehr signifikant (OR = 1,23, 95% KI = 0,85 – 1,79, p = 0.27).
Als Maß für die Gewichtszunahme wurde „Hedges' g" verwendet (entspricht den Mittelwertsunterschieden der Behandlungs- vs. Kontrollgruppe, dividiert durch die gepoolte Standardabweichung innerhalb der Gruppen). Negative g-Werte bedeuten eine Überlegenheit der Behandlungsbedingung. Die Gewichtzunahme fiel im Kurzzeitbereich bei der Kombination aus Tabakentwöhnung und Gewichtsmanagement geringer aus (g = -0,30, 95% KI = -0,57 – -0, 02, p = 0.035). Jedoch war die Überlegenheit eines kombinierten Vorgehens bei der Langzeitbetrachtung nicht mehr signifikant (g = -0,17, KI = -0,42 – 0,07, p = 0.16).
Ein Publikationsbias in dem Sinne, dass nur Studien mit signifikanten Ergebnissen publiziert wurden, konnte nicht ermittelt werden.

Diskussion

Insgesamt sind bei einer kombinierten Tabakentwöhnung mit behavioraler Gewichtskontrolle keine nachteiligen Effekte beobachtet worden; kurzfristig lässt sich sogar ein positiver Effekt auf Abstinenzquoten und Gewichtskontrolle feststellen. Somit konnten die Bedenken ausgeräumt werden, dass es zu schwierig sei, mehrere Verhaltensweisen gleichzeitig zu verändern und die Anstrengungen zur Änderung eines einzelnen Verhaltens unterminiert würden.

Anhaltende Effekte im Langzeitbereich ließen sich allerdings weder für die Tabakabstinenz noch die Gewichtszunahme nachweisen. Zeitlich begrenzte Interventionen zur Gewichtskontrolle leiden generell unter fehlender Langzeitwirkung, was eine Empfehlung für eine Ausdehnung der Behandlungsdauer nahelegt.

Die hier berichteten Ergebnisse stehen weitgehend in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der aktuellen Cochrane-Metaanalyse (s. Besprechung im Newsletter Dezember 2008), in der festgestellt wurde, dass „…verhaltenstherapeutische Programme zur Gewichtskontrolle…und Kognitive Verhaltenstherapie zur Reduktion der Gewichtszunahme in der Lage sind, ohne sich negativ auf die Abstinenzerfolge auszuwirken".
Die Autoren der Cochrane-Metaanalyse haben in einem Response auf Spring et al. darauf hingewiesen, dass es gute Gründe gäbe, die unterschiedlichen Ansätze (Reduktion der Kalorienaufnahme vs. Erhöhung der körperlichen Aktivität und Training) separat und nicht kombiniert zu betrachten. Körperliches Training reduziere Rauchverlangen und Entzugssymptome, während eingeschränkte Kalorienaufnahme Rauchverlangen verstärke. Wenn diese Ansätze in einer Metaanalyse zusammengefasst werden, würden diese unterschiedlichen Effekte möglicherweise überdeckt. Nach Ansicht der Cochrane-Autoren besteht der Schlüssel zur Verbesserung der Langzeiteffekte eher in einer individualisierten als in einer verlängerten Behandlung.