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. 33 Februar 2009

Editorial

Angesichts steiler Rückfallkurven nach einer Tabakentwöhnung gibt es immer wieder Überlegungen, Alternativen zu abstinenzorientierten Behandlungsansätzen anzubieten. Dabei ist ein Umstieg auf rauchfreie Tabakprodukte zur „Harm Reduction" ein großes Thema, aber auch Programme zur (bloßen) Konsumreduktion werden diskutiert. Kürzlich wurde der Effekt einer theoriegeleiteten Intervention zur Konsumreduktion in einer randomisierten Studie untersucht, bei der Telefonberatung und individualisierte Newsletter zum Einsatz kamen (1). Patienten, denen ein Eingriff oder eine aufwendige Untersuchung bevorstand, erhielten über ein halbes Jahr vier telefonische Beratungen und fünf Newsletter per Post. Pharmakologische Unterstützung war nicht vorgesehen. Ergebnis: 25% der Interventionsgruppe und 19% der Kontrollgruppe (drei Newsletter per Post) erreichten mindestens 50% Konsumreduktion nach 12 Monaten. Die CO-Level fielen in beiden Gruppen lediglich von ca. 30 auf ca. 24 ppm. Die Autoren selbst bewerten die Resultate als „disappointing". Die Kosteneffektivität fällt ebenfalls bescheiden aus: Pro Patient mit 50% Konsumreduktion entstanden Kosten in Höhe von $ 7132.

Befürworter von sog. rauchlosen Tabakprodukten weisen gerne darauf hin, dass diese Produkte zwar nicht ungefährlich, aber deutlich weniger schädlich seien als Zigaretten. Auf Grundlage der schwedischen Erfahrungen, wo „Snus" Männern den Rauchstopp erleichtert hätte, wird in Fachkreisen leidenschaftlich darüber debattiert, ob Tabakkontrollansätze zur Schadensverringerung den Umstieg auf rauchlose Tabakprodukte promoten sollten. Ein internationales Forscherteam am Karolinska Institut in Stockholm und an der University of California in San Diego ging der Frage nach, ob sich die schwedischen Erfahrungen auf andere Länder übertragen lassen (2). Dazu wurden Daten von über 15 000 Personen aus zwei Befragungen im Abstand von 12 Monaten ausgewertet.
Einer der schwedischen Autoren wies darauf hin, dass Snus unter männlichen Rauchern einfach populär sei, aber zu keinem Zeitpunkt als weniger schädliche Rauchalternative beworben wurde. Die Ausstiegsraten schwedischer Männer sind höher als die schwedischer Frauen, bei denen Snus gar nicht gebräuchlich ist; woraus fälschlicherweise geschlossen wurde, dass Snus den Männern geholfen habe, mit dem Rauchen aufzuhören. Bei amerikanischen Rauchern wurde zwar die geschlechtsspezifische Präferenz für Snus bestätigt, ein positiver Effekt auf die Ausstiegsrate war aber nicht zu beobachten. Studienleiter Shu Hong Zhu führt dies darauf zurück, dass die anhaltenden Anstrengungen in der Tabakkontrolle in den USA bereits zu höheren Ausstiegsraten von Männern führen. Und Frauen würden – im Gegensatz zu den schwedischen Raucherinnen – bei den Ausstiegsraten nicht hinter den Männern zurückstehen.

Inhaltsverzeichnis:

Editorial	1
Fortbildungen für Fachberufe	2
Kongresse/Tagungen	2
News	2
Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung	2–4

Weniger als ein Prozent der rauchenden Männer sind zwischen den beiden Befragungszeitpunkten auf rauchlose Produkte umgestiegen. Dieser geringe Effekt spricht dafür, dass die Erfahrungen mit Snus spezifisch für Schweden und nicht übertragbar sind. Eine Promotion rauchloser Tabakprodukte führt also nicht zu dem erhofften Anstieg von Ausstiegsraten und der damit einhergehenden Schadensminimierung, sondern birgt im Gegenteil die Gefahr, dass die Hauptbotschaft der Tabakkontrollstrategien aufgeweicht wird und damit ein negativer Effekt für die öffentliche Gesundheit entsteht. Zum jetzigen Zeitpunkt scheint es keine Alternativen zu abstinenzorientierten Programmen zu geben, auch wenn es sicher Optimierungspotenzial für diese gibt: Ansätze zur Ankurbelung der Nachfrage, Bereitstellung eines engmaschigen Versorgungsnetzes und Verbesserung der Interventionen in der Frühphase einer Raucherkarriere wären hier beispielsweise zu nennen. Mit genau diesen Themen beschäftigen sich die in diesem Newsletter vorgestellten Studien. Zunächst werden die Ergebnisse einer Vollerhebung von Angeboten zur Tabakentwöhnung in Deutschland vorgestellt. Eine weitere Studie beschäftigt sich mit der Kombination von vergünstigter Nikotinersatztherapie und Telefonberatung bei sozial benachteiligten Rauchern. Und schließlich wollen wir die Ankündigung vom letzten Newsletter wahrmachen und Erkenntnisse aus der neuesten Metaanalyse zur Tabakentwöhnung von Jugendlichen vorstellen. Natürlich informieren wir Sie auch in diesem Newsletter über aktuelle Fortbildungsangebote und Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung.

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

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

(1) Glasgow RE et al (2009) Long-term results of a smoking reduction program. Med Care 47(1) 115–120.
(2) Zhu SH et al (2009) Quitting Cigarettes Completely or Switching to Smokeless: Do U.S. Data Replicate the Swedish Results? Tob Control. doi:10.1136/tc.2008. 028209

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:** 15.06.09, 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: 03.04–04.04.2009 und 19.06–20.06.2009. 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:** Berlin 05.03 – 09.03.2009; München, 21.03– 22.03.2009; Mainz 28.03–29.03.2009; Dresden, 02.05– 03.05.2009; Berlin 18.06–22.06.2009. Teilnahme an den verkürzten Schulungen in München, Mainz und Dresden 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:** 15.05 – 16.05.2009. Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089 / 68 999 511

Kongresse/Tagungen:

– national
1. 10. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.. Tagungsthema: Entwicklungen in der Rauchertherapie. Ärzte und Psychologen erhalten 4 CME-Fortbildungspunkte. **Termin:** 25.03. 2009, 13–17 Uhr. Tagungsort: Gästehaus der Universität Frauenlobstraße 1 (Ecke Miquelallee), Frankfurt. Programm und Anmeldung unter www.wat-ev.de

2. 14. Hamburger Suchttherapietage mit Heidelberger und WAT-Curriculum sowie weiteren Seminaren zur Tabakentwöhnung. **Termin:** 02.06.–05.06.2009, Anmeldung unter www.suchttherapietage.de oder kontakt@suchttherapietage.de

– international
3. 14. World Conference on Tobacco OR Health.
Termin: 8.03 – 12.03.2009, Mumbai, Indien. Programm unter http://www.14wctoh.org

4. Gemeinsame Konferenz der Society for Research on Nicotine and Tobacco und der Society for Research on Nicotine and Tobacco-Europe, gleichzeitig 15th Annual Meeting mit einem Schwerpunkt auf Tabakentwöhnung. **Termin:** 27.04 – 30.04.2009, Dublin, Irland. Frühbucherrabatt bis zum 27.03.2009. Programm und Anmeldung unter http://www.srnt.org/meeting/2009/index.html.

News

Nikotininhaler in Deutschland verfügbar

Seit Ende 2008 ist die Produktpalette der Nikotinersatztherapie um ein weiteres Präparat erweitert worden: Der Nikotininhaler ist sowohl zur Tabakentwöhnung als auch zur Konsumreduktion mit anschließendem Rauchstopp zugelassen. Beim Ansaugen von Luft durch den Inhaler verdampft das Nikotin und wird durch die Mund- und Rachenschleimhaut aufgenommen. Die Dosierung orientiert sich am Grad der Tabakabhängigkeit. In der Regel sind 6 bis 10 Patronen pro Tag ausreichend, wobei sehr stark tabakabhängige Raucher mit einem Konsum von über 40 Zigaretten pro Tag bis maximal 16 Patronen anwenden können. Bei korrekter Saugtechnik reicht eine Patrone für ungefähr vier Anwendungen à jeweils 20 Minuten.
Bei der Anwendung zur Konsumreduktion besteht das Ziel darin, das Rauchen so weit wie möglich einzuschränken und nicht später als 6 Monate nach Beginn der Anwendung den vollständigen Rauchstopp herbeizuführen. Sollte dies nicht gelingen, ist ein Arzt zu konsultieren.
Mit der Indikation zum Einsatz für die Konsumreduktion sollte – wie beim Nikotinkaugummi auch – sehr verantwortungsvoll umgegangen werden! Keinesfalls sollte Konsumenten angeraten werden, über die 6 Monate hinaus kontinuierlich beide Produkte zu verwenden. Der Nikotininhaler ist primär als Unterstützung für einen Rauchstopp zu deklarieren; eine Unterstützung zur Konsumreduktion ist als Reservelösung anzusehen. Nachteil des Inhalers ist laut „Leitlinie Tabakentwöhnung" die Aufrechterhaltung des alten Verhaltensmusters.

Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung

a) Miller CL & Sedivy V (2009) Using a Quitline plus low-cost NRT to help disadvantaged smokers quit. Tob. Control; doi:10.1136/tc.2008. 026492

Hintergrund
Raucher aus benachteiligten sozialen Schichten werden von herkömmlichen Tabakentwöhnungsangeboten häufig nicht erreicht. In dieser Studie wurde der Frage nachgegangen, inwieweit sozial benachteiligte Raucher durch subventionierte Abgabe von Nikotinersatzpräparaten (NET) motiviert werden können, eine nationale Quitline zu kontaktieren, um dort eine proaktive Ausstiegsberatung in Anspruch zu nehmen.

Methode
Aus dem Wählerverzeichnis in Süd-Australien wurden Personen aus den zwei niedrigsten sozioökonomischen Quintilen identifiziert und per Brief eingeladen, einen „kostenlosen Service zur Tabakentwöhnung" zu nutzen, der in einer intensiven telefonischen Beratung bestand. Die eine Hälfte dieser Briefe enthielt zudem das Angebot einer Beihilfe für Nikotinersatzpräparate. Der

erste Rücklauf war zu gering, weshalb zusätzlich Flyer über regionale Printmedien verteilt wurden; insgesamt ergingen 150,000 Standard und 150,000 NET-Einladungen. Teilnehmer der Behandlungsgruppe erhielten jeweils 10 Gutscheine für eine Wochenpackung mit subventionierten Nikotinersatzpräparaten (75% unter dem üblichen Verkaufspreis). In der Vergleichsgruppe konnten Teilnehmer das Standardangebot der Quitline (mehrere Telefonberatungen über einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen) in Anspruch nehmen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 1000 Teilnehmer für die NET-Gruppe und 377 für die Vergleichsgruppe rekrutiert. Teilnehmer der NET-Gruppe hatten zu Beginn der Studie einen etwas höheren Tageskonsum, seltener einen Ausstiegsversuch unternommen und rauchten häufiger innerhalb von 30min nach dem Aufwachen.
Von 10 170 ausgegebenen Gutscheinen wurden 3741 eingelöst (36,8%). 81% der Teilnehmer in der NET-Gruppe haben zumindest einen Gutschein eingelöst, im Durchschnitt waren es fünf (entspricht fünf Wochen Anwendungsdauer). Von denjenigen, die keinen Gutschein eingelöst hatten, gaben 31% an, keinerlei Ausstiegsversuche unternommen zu haben, und jeder Vierte unternahm einen Versuch ohne NET. Teilnehmer der NET-Gruppe wiesen nach 3 und 6 Monaten statistisch signifikant höhere Abstinenzraten auf, aber diese Unterschiede waren bei der 12-Monats-Nachbefragung nicht mehr signifikant. Nachfolgende Tabelle fasst die Ergebnisse bezüglich des Abstinenzerfolgs zusammen.

	NET	KG	p
Ausstiegsversuch	76,9%	68,4%	<.001
PP-Abstinenz 3 Mon	39.7%	25.7%	<.001
PP-Abstinenz 6 Mon	30.9%	21.2%	<.001
PP-Abstinenz 12 Mon	22.3%	19.1%	NS
Anhaltend abstinent zw. 3 und 12 Mon	2.0%	1.6%	NS

Tab 1: Ausstiegsversuche und Abstinenzquoten (konservative ITT-Analyse)

Bei der 6-Monats-Nachbefragung abstinente Teilnehmer hatten mehr Anrufe erhalten (6,3 vs. 5,5; p<0.001). Innerhalb der NET-Gruppe hing Abstinenz mit Anzahl genutzter Gutscheine zusammen (6,0 vs. 4,2; p<0.001). Subventionierte NET wurde nahezu von allen Studienteilnehmern als wichtige hilfreiche Ausstiegsstrategie eingestuft; die Telefonberatung wurde von 86% als hilfreich oder sehr hilfreich bezeichnet.

Diskussion

In dieser Studie wurde deutlich, dass ein Angebot für vergünstigte NET die Motivation erhöht, eine Telefonberatung zu kontaktieren; die Teilnahme war zweieinhalbmal größer als unter Standardbedingungen. Zudem wurden in der NET-Gruppe stärker abhängige Raucher erreicht. Wie die Auswertung der regulär eingehenden Anrufe an der Quitline ergab, wird diese von sozioökonomisch benachteiligten Rauchern stärker genutzt als von anderen sozialen Gruppen. Auch wenn der Unterstützungsbedarf dieser Anrufer möglicherweise größer ist, erzielen sie in dieser Studie ähnliche Abstinenzraten wie Quitline-Anrufer generell oder in anderen Studien. Das kann darauf zurückzuführen sein, dass Studienteilnehmer mehr proaktive Anrufe erhielten als gewöhnliche Anrufer.
Wenn die absoluten Nutzungszahlen betrachtet werden, konnten unter der Bedingung „subventionierte NET" mehr und stärker abhängige Raucher rekrutiert werden, wovon 223 eine Abstinenz (vs. 72 in der Vergleichsgruppe) erreichten.
Eine subventionierte Abgabe von NET wirkt als Anreiz, telefonische Unterstützung für den Ausstieg in Anspruch zu nehmen. Wenn dann der erste Schritt getan ist, erhalten die benachteiligten Anrufer an der Quitline eine ihren Bedürfnissen angemessene Beratung und erzielen Abstinenzraten wie andere Anrufer auch. Von weiterem Interesse wäre, die Kosteneffektivität von verbilligter NET als Ergänzung zu massenmedialer Anregung von Ausstiegsvorhaben und der Rekrutierung benachteiligter Raucher für vorhandene Entwöhnungsangebote zu untersuchen.

Wichtig für die Praxis:
Eine intensive psychosoziale Betreuung per Telefon ist auch ohne direkten persönlichen Kontakt zumindest mittelfristig in der Lage, sozial benachteiligte Raucher bei Ausstiegsversuchen effektiv zu unterstützen.

b) Etzel M, Mons U, Schmitt S, Lang P, Pötschke-Langer M (2008) Raucherentwöhnung in Deutschland 2007. Struktur der ambulanten Therapieangebote zur Tabakentwöhnung und Raucherberatung. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 51:1453–1461; DOI 10.1007/s00103-008-0719-y

Hintergrund

Um den Rauchausstieg zu fördern, sind flächendeckend qualifizierte Angebote zur Tabakentwöhnung erforderlich. Zur Feststellung des aktuellen Stands und der Struktur der Therapieangebote wurde eine Erhebung von Angeboten zur Tabakentwöhnung durchgeführt. Dabei wurden Therapieansätze, Methodik, Setting, Teilnehmerzahlen und Qualitätsindikatoren (z. B. Ausbildungs- und Fortbildungsstatus der Anbieter) erfragt. Die Anbieteradressen und Angebote wurden in einer Datenbank erfasst und stehen der Öffentlichkeit unter http://www.anbieter-raucherberatung.de zur Verfügung.

Methode

Die Adressen potenzieller Anbieter wurden durch Internetrecherchen, telefonische Kontaktierung verschiedener Institutionen und Nutzung der Datenbestände des Deutschen Krebsforschungszentrums gewonnen. Dazu zählten auch die Abonnenten dieses Newsletters und die Teilnehmer der hier unter „Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung" genannten Fortbildungen und Kongresse. Die Datenerhebung mittels Fragebogen fand im Sommer 2007 statt.

Ergebnisse

Der Rücklauf bei insgesamt 9006 Adressaten betrug 51% (N= 4593). Davon gab die Hälfte an, keine Raucherberatung durchzuführen. 2286 ausgefüllte Fragebögen enthielten Angaben zu 2953 Angeboten. Auffällig ist die ausgeprägte regionale Ungleichverteilung, wonach es in den „neuen" Bundesländern deutlich weniger Angebote gibt. Durchschnittlich wurden pro Angebot 82 Raucher behandelt (Median: 22); einige Anbieter hatten sehr hohe Teilnehmerzahlen. Die meisten Angebote (39%) werden von Ärzten durchgeführt, gefolgt von Sozialpädagogen (27%) und Psychologen (25%). Die häufigste Zusatzqualifikation ist die Kursleiterschulung des Instituts für Therapieforschung (fast 50 %). Entsprechend orientieren sich Anbieter überwiegend an den Programmen des IFT München („Rauchfrei in 10 Schritten"; „Das Rauchfrei Programm"). Auf der anderen Seite verfügt fast ein Viertel der Anbieter über keine Zusatzqualifikation. Dies gilt insbesondere für die ärztlichen Anbieter, wohingegen alle andere Berufsgruppen über tabak- oder suchtspezifische Qualifikationen verfügen. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen angewandter Methode und der Berufsgruppe: Verhaltenstherapie wird vornehmlich von Psychologen angeboten, während Ärzte eher Akupunktur und Homöopathie anbieten.

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

Diskussion
In der bislang umfassendsten Erhebung von Entwöhnungsangeboten in Deutschland wurde deutlich, dass ambulante Raucherberatung für weniger als 2 % der Raucher zur Verfügung steht, in den schlecht versorgten Regionen für weniger als 1%. Insbesondere ein qualifiziertes Engagement der Ärzte gilt es zu fördern, was derzeit mit der neuen ärztlichen Qualifikation „Tabakentwöhnung" angestrebt wird.
Während einerseits die meisten Programme zur Tabakentwöhnung auf den bewährten Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie beruhen, gibt es andererseits zu bemängeln, dass etwa ein Viertel der Anbieter über keinerlei Zusatzqualifikation verfügt und mehr als die Hälfte der untersuchten Angebote nicht evidenzbasierte Methoden verfolgen.

Wichtig für die Praxis:
Ungeachtet der verbesserungsbedürftigen Versorgungssituation erleichtert die Bereitstellung der Anbieterdatenbank den Zugang zu professionellen Angeboten. Das gilt sowohl für Gesundheitsexperten, die selbst keine Tabakentwöhnung offerieren, als auch für ausstiegsinteressierte Raucherinnen und Raucher.

c) Sussman S & Sun P (2009) Youth Tobacco Use Cessation: 2008 Update. Tobacco Induced Diseases 2009, doi:10.1186/1617-9625-5-3

Hintergrund
Im vorliegenden Review wird die aktuelle Literatur zur Tabakentwöhnung bei Jugendlichen ausgewertet. Von besonderem Interesse waren dabei neben Fragen nach den effektivsten Programminhalten, den diversen Programmmodalitäten und der optimalen Anzahl von Behandlungskontakten auch die nach der optimalen Rekrutierungsstrategie von Jugendlichen. Ferner wurden Fortschritte bei der medikamentösen Therapie und den elektronischen Technologien untersucht. Die Autoren erhoffen sich von dem Review, dass die gesammelten Informationen auf die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Tabakentwöhnungsprogrammen weltweit Einfluss haben.

Methode
Durchsucht wurden die elektronischen Datenbanken MedINFO und PsycINFO sowie das Web per Google-Suche nach den Begriffen "teen", "adolescent", "tobacco use", "smoking", cessation" und "programs". Inkludiert wurden englischsprachige Artikel und Berichte, wenn Programminhalte und Abstinenzraten beschrieben wurden und das Alter der Teilnehmer zwischen 12 und 19 Jahren lag. Von 130 identifizierten Studien verfügten 64 über eine Kontrollgruppe, davon waren 32 randomisierte Kontrollgruppenstudien. Es besteht ein Mangel an Studien, die außerhalb der USA durchgeführt wurden (insgesamt 17, davon 6 aus Europa).

Ergebnisse
Die häufigsten Rekrutierungsstrategien waren: mündlich, öffentliche Ankündigung, Vorsorgeuntersuchung, materielle Anreize, im Rahmen des Schulunterrichts und Einsatz von Postern. Mit einer direkten, persönlichen Rekrutierungsstrategie im Umfeld der potentiellen Teilnehmer (z.B. im Klassenzimmer) konnte ein relativ hoher Anteil von Jugendlichen (über 35%) für die Programme gewonnen werden. Wenn Jugendliche nicht „gezwungenermaßen" an einer Rekrutierungsmaßnahme teilnehmen, scheint die Kombination verschiedener Maßnahmen besser zu sein als eine einzelne Maßnahme allein.
Als Erfolgsmaß wurde die Abstinenzquote verwendet, um die eine Behandlungsgruppe der Kontrollgruppe überlegen war. Der Durchschnitt der Abstinenzrate der Programme lag bei 11,79%, der der Kontrollen bei 7,53%, woraus sich ein absoluter Effekt von 4,26% errechnet. Die erzielten Effekte sind auch über längere Nachbefragungszeiträume stabil: Nach mehr als 12 Monaten beträgt der Unterschied 6,78%.
Die Programme können bezüglich ihres theoretischen Hintergrunds in 5 Kategorien unterteilt werden:

(1) Sozialer Einfluss (Tabakindustrie, Werbung, Gruppendruck, Passivrauch)
(2) KVT (Protokollierung, Selbstkontrolle, coping)
(3) Motivation (TTM, Motvational Interviewing)
(4) Medizinische Orientierung (Entzugsbehandlung, Tabakabhängigkeit)
(5) Andere (z.B. Einschränkung der Verfügbarkeit, emotionale Klärung)

Als wirksam erwiesen sich kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen (KVT), Interventionen zur Steigerung der Motivation und solche auf der Basis sozialer Einflussnahme. Die Ergebnisse der medizinisch orientierten Programme sind bei nur drei Studien nicht robust genug.
Interventionen im Klassenverband, an Schulen insgesamt und im medizinischen Setting sind effektiv. Für computerunterstützte Interventionen wurde das Signifikanzniveau zwar nicht ganz erreicht, aber dieser Ansatz erscheint dennoch vielversprechend, insbesondere durch die Kombinationsmöglichkeiten Internet, SMS und Telefon. Programme mit mind. 5 Treffen liefern die besten Ergebnisse; mehr als 8 Treffen gehen nicht mehr mit besserer Wirksamkeit einher.
Für pharmakologische Therapien konnte in 5 von 7 Vergleichsstudien kein signifikanter Effekt ermittelt werden. Absolut gesehen verbesserte Nikotinkaugummi die Abstinenzrate um durchschnittlich 2,5 %, Pflaster um 6 % und Bupropion um 1%.

Wichtig für die Praxis:
Empirisch begründet ergeben sich folgende Empfehlungen zur Gestaltung jugendspezifischer Programme: Sie sollten in einem spezifischen und strukturierten Kontext stattfinden, mind. 5 Sitzungen umfassen und den Jugendlichen Spaß machen. Inhaltlich sollten Informationen zum Ausstiegsprozess vermittelt, Ambivalenz aufgelöst und Stressbewältigung auf möglichst vielen Kommunikationskanälen vermittelt werden. Die Behandlung jugendlicher Raucher folgt – mit Ausnahme der medikamentösen Therapien – also ähnlichen Wirkprinzipien, ist aber in der Umsetzung sehr verschieden von der Behandlung Erwachsener.