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. 44
Juli
2011

Editorial

Zum Weltnichtrauchertag 2011 legte das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) den deutschen Vertragstext des Rahmenübereinkommens der Weltgesundheitsorganisation zur Verminderung des Tabakkonsums vor. Dieses Rahmenübereinkommen ist die Reaktion auf die zunehmende globale Ausweitung des Tabakkonsums mit seinen Folgen (etwa 110 000 Tabaktote jedes Jahr in Deutschland und mehreren Millionen weltweit) und stellt den ersten Staatsvertrag dar, der unter Leitung der Weltgesundheitsorganisation WHO ausgehandelt wurde. Mit 172 Vertragsparteien im Mai 2011 gehört das Abkommen zu einem der weltweit von den meisten

Abbildung 1: Titel der aktuellen Publikation

Inhaltsverzeichnis:

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
Kongresse/Tagungen	3
News in Kürze	3
Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung	3

Staaten anerkannten Abkommen in der Geschichte der Vereinten Nationen. Das zentrale Element des Vertragstextes bildet ein Katalog von wirksamen Maßnahmen zur Tabakprävention, die in allen Mitgliedsstaaten umzusetzen sind.

Die Publikation stellt – neben einem kurzen Abriss über die Geschichte des Rahmenübereinkommens – die bisher erarbeiteten Leitlinien dar und ermöglicht einen anschaulichen Überblick. Sie richtet sich in erster Linie an politische Entscheidungsträger, ist aber auch für alle Gesundheitsberufe und Leserinnen und Leser dieses Newsletters ein wertvolles Nachschlagewerk.

Von besonderem Interesse für Sie sind die Empfehlungen zur Behandlung der Tabakabhängigkeit, die sich in den „Leitlinien für die Umsetzung von Artikel 14 – Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und Aufgabe des Tabakkonsums" ab Seite 123 der Publikation finden. Die Schlüsselrolle von Gesundheitsberufen wird auch darin deutlich, dass das Rahmenübereinkommen von ihnen fordert, dass sie den Tabakkonsum vermeiden sollten, „da sie Vorbildfunktion haben und durch den Konsum von Tabak die Aufklärungsarbeit zu dessen gesundheitlichen Auswirkungen untergraben". Spezialisierte Angebote sollten „von eigens geschulten Fachkräften" erbracht werden. Diese Angebote sollten „Verhaltensunterstützung beinhalten sowie ggf. Medikamente bzw. eine Beratung über den Einsatz von Medikamenten". Leistungen der Tabakentwöhnung können durch „ein breites Spektrum an Angehörigen des Gesundheitswesens oder sonstige geschulte Fachkräfte erbracht werden, einschließlich Ärzte, Krankenpflegepersonal, Hebammen, Apotheker, Psychologen" oder anderen. Gefordert wird auch die Entwicklung und Verbreitung umfassender, nationaler Behandlungsrichtlinien, „die sich hauptsächlich an jene richten, die Unterstützungsmaßnahmen für aufhörwillige Tabakkonsumenten entwickeln, managen und erbringen werden."

Eine solche interdisziplinäre Leitlinie „Diagnostik, Screening und Behandlung von schädlichem und abhängigem Tabakkonsum“ wird gerade im Rahmen des S3-Leitlinienprogrammes der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und -therapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) unter Leitung von Anil Batra entwickelt und soll bis Dezember 2012 publiziert werden.

Die Weltgesundheitsorganisation zeichnete zum diesjährigen Weltnichtrauchertag das WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle mit dem „World-No-Tobacco-Day-Award“ aus, in Anerkennung seiner Verdienste für die Tabakprävention. Dies ist bereits die dritte Auszeichnung, die das WHO-Kollaborationszentrum im DKFZ nach 1999 und 2007 für seine Arbeit erhält.

Abbildung 2: Das Team des WHO-Kollaborationszentrums im DKFZ

In dieser Ausgabe finden Sie einen kurzen Abriss der aktuellen Empfehlungen zur Therapie der Tabakabhängigkeit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sowie einen Einblick in die Diskussion zur DSM-Diagnostik der Tabakabhängigkeit, die durch eine psychologische Perspektive auf die Mechanismen der Tabakabhängigkeit ergänzt wird. Weiterhin stellen wir eine Studie zu Prädiktoren der Tabakentwöhnung bei Krebspatienten sowie aufschlussreiche Zahlen zur Nutzung der elektronischen Zigarette vor.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung

Ihr Redaktionsteam

Martina Pötschke-Langer,

Peter Lindinger,

Anil Batra,

Wilfried Kunstmann

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe

1. 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. Teilnehmer haben Anspruch auf Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer. Termine: 01.07-02.07.2011 und 18.11-19.11.2011. Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Osianderstraße 24, 72076 Tübingen. Information und Anmeldung: Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen, Tel.: 07071 2982313, Fax: 07071 295384 oder sucht@med.uni-tuebingen.de

2. Kursleiterschulung für das „Rauchfrei Programm“ des IFT und der BZgA durch das Institut für Therapieforschung München. Termine (verkürzt): München, 06.07- 08.07.2011 und 21.11- 23.11.2011; Freiburg, 17.09-18.09.2011. Standardschulung (38 Unterrichtstunden): München 06.11-10.10.2011; Berlin 07.11-11.11.2011. Die verkürzten Schulungen richten sich an Personen mit psychotherapeutischen Zusatzqualifikationen. Infos unter http://www.rauchfrei-programm.de/schulung.htm; Anmeldung bei braun@ift.de; Tel.: 089 360804 91, Fax: 089 360804 98

3. 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). Die nächsten Termine: Bezirksärztekammer Südwürttemberg: Einführung 27.07.2011; Abschlussveranstaltung 03.09.2011. Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung: Einführung 09.11.2011; Abschlussveranstaltung 26.11.2011. Weitere Auskünfte unter Tel.: 030 400456412 oder cme@baek.de

4. 2tägiges, 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 (6 Sitzungen innerhalb von 14 Tagen + 2 Stabilisierungssitzungen 3 und 6 Wochen nach Kursende). Die Kurse sind von allen gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. Termin: 29.07-30.07.2011. Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089 68 999 511

Kongresse/Tagungen:

National:

- 16. Tübinger Suchttherapietage vom 14.09-16.09.2011 mit 20stündigem „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung. Info und Anmeldung unter sucht@med.uni-tuebingen.de

- 4. Deutscher Suchtkongress in Frankfurt vom 28.09-01.10.2011. Programm und Anmeldung unter www.deutscher-suchtkongress.de

International:

- Das 13. Annual Meeting der Society for Research on Nicotine and Tobacco Europe (SRNT-E) 2011 findet vom 08.09-11.09.2011 in Antalya, Türkei statt. Programm und Anmeldung: http://www.srnteu2011.org/invitation

- Die 15. World Conference on Tobacco or Health (WCTOH) wird zwar erst vom 20.03-24.03. 2012 in Singapur ausgerichtet; Abstracts können jedoch nur noch bis 30.07.2011 eingereicht werden; Frühbucherrabatt für Anmeldungen bis zum 30.11.2011. Infos unter http://wctoh2012.org

News in Kürze

Neue Empfehlungen zur Therapie der Tabakabhängigkeit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Bereits im November 2010 wurde die 2. Auflage der Empfehlungen zur Therapie der Tabakabhängigkeit („Raucherentwöhnung") unter Federführung von Lutz Schmidt veröffentlicht. Neben einer kurzen Einführung in Grundlagen und Diagnostik werden Therapieempfehlungen zu Minimal- („ABC") und Kurzinterventionen (5 A's) gegeben. Bei der Intensivbehandlung werden medikamentöse und verhaltenstherapeutische Elemente sowie die unterschiedlichen Vermittlungsformen (individuell, in Gruppen oder telefonisch) genannt. Selbsthilfematerialien und Telefonberatung werden in diesen Empfehlungen der „Intensivbehandlung" zugeordnet.

Bei den Arzneimitteln werden als erste Wahl die Nikotinersatztherapie (NET), als zweite Wahl Bupropion und Vareniclin eingestuft. Die Begründung hierfür ergebe sich nicht aus einer ungenügenden Wirksamkeit der letztgenannten Wirkstoffe, sondern dem „potientellen Auftreten zahlreicher, zum Teil schwerwiegender unerwünschter Arzneimittelwirkungen und besonderer Vorsichtsmaßnahmen". Gestützt wird diese Einstufung u.a. auch durch die Ergebnisse einer neueren Veröffentlichung über Berichten von Gewalt gegenüber Dritten bei der Anwendung verschreibungspflichtiger Medikamente (1): Diese besondere Form unerwünschter Wirkungen ist zwar insgesamt sehr selten (lediglich 0,25% aller berichteten Vorkommnisse), aber Vareniclin wies dabei die absolut und proportional meisten Fälle von Gewalt gegenüber Dritten auf – deutlich mehr als der entsprechende Anteil bei Bupropion oder NET.

Die Therapieempfehlungen sind gegen eine Schutzgebühr von € 8 erhältlich. Bestellungen per Post an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin oder per Fax: 030 400456555.

(1) Moore TJ et al (2010) Prescription Drugs Associated with Reports of Violence towards Others. PLoS ONE, 5, e15337

Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung

a) Etter JF & Bullen C (2011) Electronic cigarette: users profile, utilization, satisfaction and perceived efficacy. Addiction, doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03505.x

Elektronische Zigaretten bestehen aus einem Metallgehäuse, in dem ein batteriebetriebener Zerstäuber Dampf produziert. Die dabei verwendeten Kartuschen enthalten Feuchthaltemittel, Aromastoffe und Nikotin, das vom Nutzer inhaliert wird. Tabak ist in e-Zigaretten nicht enthalten. Erscheinungsbild, Größe, Handling und Inhalation sind einer normalen Zigarette sehr ähnlich.

Laborstudien konnten zeigen, dass e-Zigaretten das Verlangen nach Tabak abschwächen, obwohl nur wenig Nikotin ins Blut gelangt. Einige Kartuschen enthielten toxische, teilweise kanzerogene Komponenten. Eine Fülle offener Fragen betreffen die Sicherheit, das Suchtpotenzial, die Gründe für die Nutzung, Nutzerprofile und die Eignung der e-Zigarette als Entwöhnungshilfe. Ebenso ungeklärt ist, ob der Einsatz gegen Rauchverbote verstößt. Verlässliche Daten aus kontrollierten Studien zu e-Zigaretten liegen bislang nicht vor. Für den hier vorgestellten Artikel wurden deshalb auf Tabakentwöhnungsseiten und Diskussionsforen im Internet 3 587 Nutzer von e-Zigaretten rekrutiert und ausführlich befragt. Die wichtigsten Ergebnisse der Befragung: Bei einem Durchschnittsalter von 41 Jahren waren 70% ehemalige Tabakkonsumenten und 61% männlich. Die Nutzungsdauer betrug drei Monate (bei ehemaligen Rauchern fünf Monate), und die monatlichen Kosten beliefen sich für tägliche Konsumenten auf 33 US-$. 68% hatten Erfahrung mit NET. Die wichtigsten Gründe für den Gebrauch waren die Annahme, dass sie weniger schädlich seien als Tabak (84%), um mit dem Rauchen aufzuhören oder einen Rückfall zu vermeiden (77%), Rauchverlangen (79%) oder Entzugssymptome (67%) zu bewältigen und die im Vergleich zum Rauchen geringeren Kosten (57%). Seltener genannt wurden Gründe wie „andere nicht durch Tabakrauch belästigen" (44%) oder "nicht nach draußen gehen zu müssen um zu rauchen" (34%). Nahezu alle (97%) benutzten nikotinhaltige E-Zigaretten. 96% der ehemaligen Raucher gaben an, dass die e-Zigaretten beim Ausstieg geholfen haben; 92% der Noch-Raucher empfanden sie als hilfreich zur Reduktion. Vier von fünf ehemaligen Rauchern befürchteten einen Rückfall zu Tabak, falls sie mit dem Konsum von e-Zigaretten aufhören würden.

Die in dieser Studie befragten Nutzer setzen diese Produkte also häufig so ein wie Nikotinersatztherapie (NET): zur Vermeidung eines Rückfalls, als Unterstützung bei der Konsumreduktion oder einem Ausstiegsversuch. Der im Vergleich zu Tabakzigaretten oder NET relativ geringe Preis dürfte eine wichtige Rolle bei den e-Zigaretten spielen. Die Nutzungsdauer liegt deutlich über der von NET. Das könnte an der Selbstselektion der Befragungsteilnehmer liegen oder an Gründen, die es noch zu untersuchen gilt. Gefährlich erscheint der hohe Nikotingehalt in den Nachfüllflaschen (360 mg (20 ml x 18 mg/ml), der ein Vielfaches über der tödlichen Dosis für Kinder und Erwachsene liegt. Einschränkend muss erwähnt werden, dass die Rekrutierungsmethode möglicherweise besonders zufriedene Nutzer der e-Zigarette angesprochen hat und die Zufriedenheit mit diesem Produkt insgesamt geringer ausfallen dürfte. Wegen der hohen Selektivität (nur selbstgeoutete Konsumenten) und fehlenden Nachbeobachtung lässt diese Studie keine Rückschlüsse auf erfolgreiche Tabakentwöhnung durch e-Zigaretten zu.

Kommentar: Insbesondere der Befund, dass 79% der ehemaligen Rauchern noch mehr als drei Monate nach dem Rauchstopp einen Rückfall befürchteten, wenn sie die e-Zigarette absetzen, lassen erhebliche Zweifel an ihrer Eignung als empfehlenswerte Ausstiegshilfe aufkommen.

Unter http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Elektrische_Zigaretten.pdf findet sich das Factsheet des DKFZ zur e-Zigarette.

b) Hughes JR, Baker T, Breslau N, Covey L & Shiffman S (2011) Applicability of DSM criteria to nicotine dependence. Addiction, 106, 894 – 895

Die bevorstehende Revision des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) haben amerikanische Kollegen zum Anlass genommen, die dort aufgeführten Kriterien für Nikotin- bzw. Tabakabhängigkeit einer kritischen Prüfung zu unterziehen. Die Ursprünge des DSM stammen aus der Alkohol- bzw. Opiatabhängigkeit, von denen sich Tabakabhängigkeit in vielerlei Hinsicht unterscheidet. In erster Linie gibt es keine beobachtbare Intoxikation, wodurch auch die sozialen und behavioralen Folgeprobleme wegfallen. Nur selten finden sich Kriterien wie „Gebrauch erschwert oder verunmöglicht die Erfüllung von Verpflichtungen" oder „Gebrauch trotz sozialer Probleme". DSM-IV Kriterien sind weniger valide in der Vorhersage eines Therapieerfolgs oder Rückfallrisikos als andere tabakspezifische Parameter wie Latenz bis zur ersten Zigarette des Tages oder Menge/Frequenz-Index. Deshalb werden DSM Kriterien in der Forschung selten verwendet; in den US-Guidelines sind sie nicht einmal erwähnt.

In einer revidierte DSM-Version sollte auf eine größere Validität der generischen Kriterien geachtet werden, damit diese besser auf die Tabakabhängigkeit anwendbar sind. Als zusätzliches Kriterium sollte „craving" (suchttypisches Rauchverlangen) aufgenommen werden, das als robuster Prädiktor für die Erfolgschancen gilt. Weitere Vorschläge:

- Inklusion der zwei wichtigsten Items aus dem Fagerström-Test (Latenz und Tagesmenge)
- Inklusion einer Skala zur Erfassung der Tabakabhängigkeit als dimensionale Größe mit unterschiedlichen Schweregraden
- Ersetzen des Begriffs „Störung durch Nikotingebrauch" durch „Störung durch Tabakgebrauch".

Weiter wird bemängelt, dass in den letzten 30 Jahren keinerlei substantielle Weiterentwicklung stattgefunden hat und die DSM-Kriterien sich nicht auf empirische Daten stützen. Im Gegensatz dazu wurden in den letzten 10 Jahre diverse Skalen zur Tabakabhängigkeit entwickelt und intensiv geprüft, die valide Items enthalten, aber im DSM nicht berücksichtigt wurden. Die Akzeptanz des DSM könnte verbessert werden, wenn seine Kriterien an klaren und klinisch relevanten Benchmarks wie Erfolgsaussichten bei einem Ausstiegsversuch oder Ansprechen auf eine Tabakentwöhnungsbehandlung gemessen und mit anderen Skalen verglichen werden. Wenn dieser Vergleich zugunsten anderer Skalen ausfällt, sollten besser validierte Items in das DSM übernommen werden, und zwar unabhängig davon, ob diese Items auf andere Substanzen übertragbar sind.

c) Piasecki TM, Piper ME & Baker TB (2010) Tobacco Dependence: Insights from Investigations of Self-Reported Motives. Current Directions in Psychological Science, 19, 395 – 401

Skalen wie der Fagerström Test für Nikotinabhängigkeit (FTND) gelten als valide und korrelieren wie oben erwähnt hoch mit dem Ansprechen auf Tabakentwöhnungsbehandlung. Allerdings messen sie vorwiegend die Auswirkungen, nicht aber die Mechanismen, die zur Abhängigkeit führen. Es mag für viele praktische oder klinische Zwecke ausreichend sein, Präsenz und Ausprägungsgrad solcher Abhängigkeitssymptome anzuzeigen. Allerdings kann es aufschlussreich sein, den Endpunkt dieser Störung (=Tabakabhängigkeit) zurückzuverfolgen und zu ergründen, welche Mechanismen dazu geführt haben, um daraus ein tieferes Verständnis der Störungsursache zu gewinnen und neue Hypothesen zur Prävention und Behandlung zu generieren. In dieser Publikation wird der Versuch unternommen, die Natur oder Struktur der Tabakabhängigkeit zu erhellen.

Die „Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM)" identifiziert einen Satz motivationaler Prozesse, die dazu führen können, dass eine Person exzessiv Tabak konsumiert. In einem ersten Schritt wurden Experten zu den wichtigsten Motivationstheorien für Tabakabhängigkeit befragt. Daraus wurden 13 Kandidaten für die Subskalen des WISDM identifiziert (s. Tabelle 1).

In einem nächsten Schritt wurde nach den bedeutsamsten Subskalen für Tabakabhängigkeit geforscht. Wenn eine Gruppe von stark abhängigen Rauchern (basierend auf Kriterien wie Rückfallgefährdung) nur auf einer Subskala erhöhte Werte aufweist, könnte diese Subskala die notwendigen und hinreichenden motivationalen Einflüsse für Tabakabhängigkeit darstellen. Aus vier unabhängigen Stichproben konnten je fünf Untergruppen von Rauchern

Impressum:

Dieser Newsletter erscheint viermal jährlich.

Herausgeber:
Deutsches Krebsforschungszentrum

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
Tel.: +49 (0) 6221 42 3010, Fax: +49 (0) 6221 42 3020
E-Mail: who-cc@dkfz.de, Internet: www.tabakkontrolle.de

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. med. Martina Pötschke-Langer

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

ermittelt werden. Vier dieser Untergruppen unterschieden sich nur in Bezug auf die durchschnittliche Ausprägung über alle Subskalen. Wenn sie also auf einer Skala hohe Werte aufwiesen, waren ihre Werte auf allen Skalen hoch. Eine fünfte Gruppe jedoch erzielte nur auf vier Subskalen relativ hohe Werte (Automatismus, Craving, Kontrollverlust und Toleranz). In diese (als "automatic-atypical" bezeichnete) Gruppe fielen etwa 20% aller Raucher. In einer nachfolgenden Faktorenanalyse wurde deutlich, dass diese vier Subskalen einen Faktor (als „Primäre Abhängigkeitsmotive, PDM" bezeichnet, s. Tab. 1) bilden, während die restlichen Skalen einen separaten Faktor (als „Sekundäre Abhängigkeitsmotive, SDM" bezeichnet) bilden.

Schließlich wurden Regressionsanalysen zur Vorhersage der Kriterien einer Tabakabhängigkeit durchgeführt. Dabei zeigten sich klare Zusammenhänge zwischen den PDM und FTND (=.66, t=25,2), PDM und Zigaretten pro Tag (=.46, t=15,5) und PDM mit dem CO-Wert in der Ausatemluft (=.35, t=11,1; alle p<.01). Dass PDM den Antrieb zu rauchen abbildet und aus den Korrelationen ein kausaler Zusammenhang abgeleitet werden kann, wurde in Laborstudien bestätigt: Deprivierte Raucher mit einem hohen PDM arbeiteten härter für einzelne Züge an einer Zigarette und nahmen mehr Züge daran als andere Raucher. Ebenso wird Selbstverabreichung unter Laborbedingungen durch PDM besser vorhergesagt als durch den FTND. Die SDM Subskalen messen eher Motive für nicht-abhängiges Rauchen, spielen aber für das abhängige oder starke Rauchen weniger eine Rolle.

Die abhängige, "automatic-atypical" Gruppe der Raucher raucht nicht so sehr wegen der Konsequenzen des Rauchens (Dämpfen von Entzug oder Dysphorie auf der einen, „Kick" oder kognitive Stimulation auf der anderen Seite), sondern weil der Akt des Rauchens sich teilweise der eigenen Kontrolle entzogen und automatisiert hat. Craving lässt sich interpretieren als bewusste Wahrnehmung, das der Automatismus unterbrochen und nicht geraucht wird, obwohl vorher bereits unzählige Male geraucht wurde.

Tabelle 1: 13 Subskalen des WISDM

Subskala und Konstrukt
Primäre Abhängigkeitsmotive:
Automatismus (unbewusstes Rauchen)
Craving (Rauchen als Reaktion auf craving)
Kontrollverlust (Verlust willentlicher Kontrolle)
Toleranz (Dosissteigerung für gewünschte Effekte)
Sekundäre Abhängigkeitsmotive:
Affiliative Bindung (emotionale Bindung ans Rauchen)
Wahlverhalten (trotz neg. Konsequenzen)
Kognitive Verbesserung
Reaktion auf Hinweisreize (in bestimmten Situationen)
Negative Verstärkung (Verbesserung negativer Zustände)
Positive Verstärkung (Verbesserung positiver Zustände)
Soziale Aufforderung (Aufforderung durch Modelle)
Geschmack/Sensorik
Gewichtskontrolle

Für die Behandlung von stark abhängigen Rauchern bedeuten diese Ergebnisse, dass ein gezieltes Einüben von Alternativverhalten in typischen Rauchsituationen bereits vor dem Ausstieg hilfreich sein könnte, weil damit der mächtige Einfluss von Auslösereizen auf Verhalten verringert wird.

d) Schnoll RA, Martinez E, Langer C, Miyamoto C & Leone F (2011) Predictors of smoking cessation among cancer patients enrolled in a smoking cessation program. Acta Oncologica, 50, 678 – 684

Viele Krebspatienten stellen das Rauchen nach der Diagnose nicht ein, was wiederum den Behandlungsverlauf negativ beeinflusst. Die Identifikation prospektiver Prädiktoren für einen Rauchstopp bei Patienten, die an einer Tabakentwöhnungsmaßnahme teilnehmen, könnte für die Entwicklung und Implementierung entsprechender Ausstiegsprogramme für Krebspatienten hilfreich sein. Für diese Publikation wurden Daten von 246 Krebspatienten ausgewertet, die an einer randomisierten, placebokontrollierten Tabakentwöhnungsstudie teilgenommen hatten. Ermittelt wurden jene Eingangsvariablen, die mit dem unmittelbaren Behandlungserfolg (Abstinenz bei Behandlungsende) und der biochemisch verifizierten Punktprävalenz-Abstinenz nach sechs Monaten zusammenhingen. Die multivariaten Analysen ergaben folgende Ergebnisse: Bei Behandlungsende hatten Patienten signifikant häufiger Abstinenz erreicht, wenn sie älter waren (OR = 1,06, 95% KI 1,03-1,10, $p > 0.05$) und an einer nicht-tabakassoziierten Krebserkrankung litten (OR = 2,54, 95% KI 1,24-5,20, $p < 0.05$). Ein ähnliches Bild war nach sechs Monaten zu beobachten: Ältere Patienten hatten auch hier bessere Abstinenzaussichten (OR = 1,04, 95% KI 1,01-1,08, $p < 0.05$), während weibliche Patientinnen signifikant schlechter abschnitten (OR = 0,47, 95% KI 0,22-0,97, $p< 0.05$). Zudem waren die Erfolgsaussichten größer, wenn erst später mit dem Rauchen begonnen wurde (18,1 Jahre vs. 16,5 Jahre, $p < 0.05$). Patienten mit Krebserkrankungen, die in einem Zusammenhang mit Tabakkonsum stehen und weibliche Krebspatientinnen berichteten von signifikant höheren Ausmaßen depressiver Symptome ($p < 0.05$), was wiederum als Prädiktor für einen Rückfall in Bezug auf das Rauchen fungieren könnte.

Jüngere Patienten, Patientinnen und solche mit tabakassoziierten Karzinomen brauchen möglicherweise intensivere Tabakentwöhnungsinterventionen, in denen auch spezifische Strategien zum Umgang mit psychischen Belastungen und depressiven Symptomatiken vermittelt werden.