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. 57
Dezember
2014

Editorial

Der vorliegende Newsletter stellt eine Art Jubiläumsausgabe dar, denn vor genau 10 Jahren im Dezember 2004 erschien die erste Ausgabe. Das damalige Editorial wurde eingeleitet mit einer verwegen ambitionierten Absichtserklärung: „Tabakentwöhnung in Praxis, Klinik und Beratungsstellen leichter zu machen und Kollegen bei der täglichen Arbeit in der Tabakentwöhnung zu unterstützen, ist das erklärte Ziel dieses neuen Newsletters. In Kurzbeiträgen möchten wir jeden Monat Empfehlungen von Experten wiedergeben oder für die Praxis relevante Studien vorstellen.“ Inwieweit dieser Newsletter tatsächlich dem Anspruch gerecht wird, Tabakentwöhnung leichter zu machen und für die Praxis relevante Studien vorzustellen, können Sie als Leserinnen und Leser am besten beurteilen. Bei der Fülle der laufend neu publizierten Studien (PubMed listet 2052 Arbeiten zu „smoking cessation“ und Erscheinungsjahr 2014 auf) fällt die Auswahl der zu besprechenden Studien nicht immer leicht. Großen Wert jedenfalls haben wir bei der Zusammenstellung der bisher erschienenen 56 Ausgaben darauf gelegt, neben wissenschaftlich-klinischen Forschungsergebnissen auch die realen Versorgungsbedingungen angemessen zu berücksichtigen. Idealerweise liefern methodisch hochwertige Studien oder Metaanalysen das evidenzbasierte Fundament für die praktische Behandlung. Hin und wieder wird aber auch deutlich, dass „Patienten“ sich nicht wie „Versuchspersonen“ verhalten und „Behandler“ keine „Studienmonitore“ sind. Insbesondere unter den bestehenden sozialrechtlichen Rahmenbedingungen können Therapeuten eben nicht immer sicherstellen, dass die behavioralen oder medikamentösen Therapieempfehlungen korrekt angewendet und umgesetzt werden.

Weiter war im Editorial der ersten Newsletters zu lesen, dass im Mittelpunkt der ersten Aus-gabe „die Leitlinien...der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)“ stehen. Nur zu gerne hätten wir die vorliegende Jubiläumsausgabe genutzt, einen Bogen zu der neuen „Interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zum Screening, der Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ zu schlagen und Ihnen die wichtigsten Empfehlungen daraus vorzustellen. Das hat nicht ganz geklappt. Bei Projekten dieser Größenordnung können sich avisierte Termine zur Veröffentlichung immer etwas nach hinten verschieben, so dass wir an dieser Stelle zumindest in Aussicht stellen können, dass die S3-Leitlinienempfehlungen in den Newslettern im nächsten Jahr zu finden sein werden. Diese Empfehlungen sollten tatsächlich dazu führen, Tabakentwöhnung in der praktischen Umsetzung leichter zu machen.

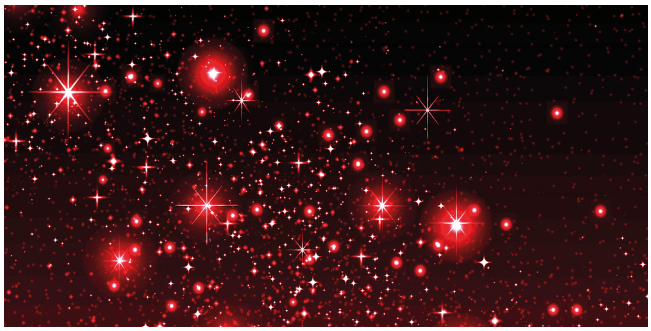
Inhaltsverzeichnis

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

In dieser Weihnachts- und Jubiläums-Ausgabe unseres Newsletters stellen wir zunächst aktuelle Zahlen zu Bekanntheit und Konsum von E-Zigaretten in Deutschland vor. Ferner beschäftigen sich zwei Studien desselben Autorenteams mit der Frage des Nutzens von pro-fessionellen Kombinationstherapien und Nikotinersatztherapie ohne zusätzliche behaviorale Unterstützung in der realen Versorgungswelt. Weiterhin wird dargestellt, welchen Effekt finanzielle Abstinenz-Anreize für sozioökonomisch stark Benachteiligte haben. Die Besprechung einer kontrollierten Pilotstudie zu einem ACT-basierten versus kognitiv-verhaltenstherapeutischen Telefonberatungsprotokoll rundet den Newsletter ab.

Wie gewohnt informieren wir Sie auch über die Fortbildungs- und Veranstaltungstermine der kommenden Monate.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine besinnliche Weihnachtszeit und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2015,



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

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe

- **Kursleiterschulung für das „Rauchfrei Programm" des IFT und der BZgA durch das IFT Gesundheitsförderung München**
  Die Kursleiterschulungen sind nur für staatlich anerkannte Berufe aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zugänglich. Termine Standardschulung: München, 23.2.–27.2.2015, Berlin 23.3.–27.3.2015. Termin verkürzte Schulung: Mainz, 28.3.–29.3.2015. Infos unter httwww.rauchfrei-programm.de/schulungstermine; Anmeldung bei braun@ift.de; Tel.: 089/360804-91, Fax: 089/36 08 04-98

- **20-stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung", zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.**
  Teilnehmer werden ausführlich in die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Rauchern mit dem gemäß § 20 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. Termin: 25.3.–27.3.2015 im Rahmen der Tübinger Suchttherapietage. Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen. Information und Anmeldung: Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen, Tel.: 07071/2 98 23 13, Fax: 07071/29 53 84 oder online www.tuebinger-suchttherapietage.de

- **2-tägiges, durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. zertifiziertes Kursleiter-Seminar zur Durchführung von Tabakentwöhnungen in Gruppentherapie des Institutes für Raucherberatung & Tabakentwöhnung Bayern (IRT Bayern)**
  Teilnehmer qualifizieren sich für die Leitung von Kursen nach dem Entwöhnungsprogramm des IRT Bayern. Die Kurse sind von allen gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. Weitere Auskünfte, Termine und Anmeldung unter 089/68 99 95 11

- **Curriculum Tabakentwöhnung der Bundesärztekammer**
  Die Qualifikationsmaßnahme für Ärzte hat einen Umfang von 20 Stunden und kombiniert in einem „Blended Learning"-Format zwei Präsenzeinheiten (insgesamt 12 Stunden) mit online-gestütztem, tutoriell begleitetem Selbststudium (8 Stunden) sowie einem Aufbaumodul zur Qualifikation „Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm". Auskünfte zum Curriculum und Terminen unter Tel.: 030/4 00 45 64 12 oder cme@baek.de

Kongresse/Tagungen

National:

- **16. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.**
  Titel: „Therapeutische Angebote – Bedarf, Wirksamkeit und Einbettung in das optimale Setting". Ärzte und Psychologen erhalten 4 CME-Fortbildungspunkte. Termin: 11.3.2015, 12–17 Uhr. Tagungsort: Gästehaus der Universität; Frauenlobstraße 1 (Ecke Miquelallee), Frankfurt. Programm und Anmeldung dem-nächst unter www.wat-ev.de

- **20. Tübinger Suchttherapietage vom 25.3.2015 – 27.3.2015**
  Programm per E-Mail unter sucht@med.uni-tuebingen.de oder telefonisch bei Herrn Pforr (07071/2983666)

International:

- **20. Meeting der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) in Philadelphia, USA vom 25.2.– 28.2.2015**
  Programmübersicht und Anmeldung unter www.srnt.org/conferences.

- **16. Weltkonferenz Tobacco or Health (WCTOH) in Abu Dhabi, Vereinigte Arabische Emirate vom 17.3.–21.3.2015.**
  Programmübersicht und Anmeldung unter www.wctoh.org.

News in Kürze

In der Publikationsreihe „Aus der Wissenschaft – für die Politik" hat das Deutsche Krebsforschungszentrum jüngst das Factsheet „E-Zigaretten: Bekanntheit und Konsum in Deutschland 2012–2014" veröffentlicht (Download unter www.tabakkontrolle.de). Im Auftrag des DKFZ befragte die Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) jeweils im Februar 2012, 2013 und 2014 rund 2000 Bundesbürger im Alter von über 15 Jahren zu Bekanntheit und Konsum von E-Zigaretten. Teilnehmer wurden nach Kriterien wie Geschlecht, Alter, Beruf des Hauptverdieners, Bundesland etc. ausgewählt, so dass sie die Gesamtbevölkerung repräsentativ widerspiegeln.

Von den 16- bis 19-jährigen Rauchern hatten 2012 68 Prozent von E-Zigaretten gehört und von den erwachsenen Rauchern bis zu 89 Prozent, wobei der Anteil mit zunehmendem Alter leicht zurückging. Im Februar 2012 hatten nur sechs Prozent der befragten Raucher E-Zigaretten ausprobiert. 2013 hatten doppelt so viele Raucher (14 Prozent) E-Zigaretten getestet und 2014 hat fast jeder fünfte Raucher (19 Prozent) E-Zigaretten probiert. Der Anteil der Probierer hat sich zwischen 2012 und 2014 also etwa verdreifacht, und unter Rauchern in den mittleren Lebensjahren (30 bis 60 Jahre) mehr als vervierfacht. Die experimentierfreudigsten E-Zigaretten-Konsumenten waren junge Raucher zwischen 16 und 19 Jahren.

Im Gegensatz dazu haben nur vier Prozent der ehemaligen Raucher und ein Prozent der Nichtraucher E-Zigaretten jemals getestet. Dauerhaft verwendet werden die Produkte sehr selten: Lediglich 0,4 Prozent (N=6; vier Raucher, zwei Nichtraucher) der Befragten gaben an, dass sie E-Zigaretten dauerhaft nutzen.

E-Zigaretten werden selten als Hilfsmittel zum Rauchstopp verwendet. Bei der Umfrage im Jahr 2014 gaben rund 83 Prozent der Exraucher an, keinerlei Hilfsmittel verwendet zu haben. Rund sechs Prozent der Exraucher erreichten den Rauchstopp mithilfe von Nikotinersatzprodukten, rund vier Prozent nutzten ärztliche Beratung und rund drei Prozent

Akupunktur oder -pressur. Lediglich einer von 478 Exrauchern (0,2 Prozent) gab an, sich mithilfe von E-Zigaretten das Rauchen abgewöhnt zu haben. Von den Rauchern hatten bei ihrem letzten – erfolglosen – Rauchstoppversuch 41 Prozent kein Hilfsmittel verwendet, rund sieben Prozent probierten den Ausstieg mithilfe von Nikotinersatzstoffen, rund drei Prozent mithilfe von Akupunktur und knapp drei Prozent (davon waren die Hälfte starke Raucher) mithilfe von E-Zigaretten (siehe Abb. 1).

Diese Ergebnisse weichen erheblich von der Sonderbefragung zu Tabakkonsum und Rauchstopp des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) im Jahre 2012 ab. Bei der damaligen Umfrage wurden rund 1100 Exraucher und Raucher nach den Hilfsmitteln gefragt, die sie bei ihrem letzten Aufhörversuch innerhalb der letzten beiden Jahre verwendet hatten. Neun Prozent der Raucher gaben an, bei ihrem letzten – erfolglosen – Aufhörversuch E-Zigaretten genutzt zu haben. Unter den Exrauchern hatten sechs Prozent die E-Zigarette bei ihrem letzten – erfolgreichen – Aufhörversuch genutzt. Der Unterschied in den Umfrageergebnissen (6 % bei ESA, 0,2 Prozent bei der DKFZ-Umfrage) kann dadurch erklärt werden, dass ESA explizit nach dem letzten Aufhörversuch innerhalb der letzten beiden Jahren gefragt hat, während in der DKFZ-Umfrage alle Rauchstoppversuche berücksichtigt wurden, also auch jene, als es noch keine E-Zigaretten auf dem Markt gab.

Neue Publikationen

a) Kotz D, Brown J & West R (2013) "Realworld" effectiveness of smoking cessation treatments: a population study. Addiction, doi:10.1111/add.12429

sowie

b) Kotz D, Brown J & West R (2014) Prospective Cohort Study of the Effectiveness of Smoking Cessation Treatments Used in the "Real World". Mayo Clin Proc doi.org/ 10.1016/j.mayocp.2014.07.004

Hintergrund:

Aus klinischen Studien liegt eine Vielzahl von Belegen für die Wirksamkeit behavioraler und pharmakologischer Therapien vor; allerdings besteht ein Bedarf an besserer Evidenz zur Wirksamkeit weitverbreiteter Therapien unter realen Versorgungsbedingungen. Eine Forschergruppe untersuchte zunächst den Zusammenhang zwischen Abstinenz und dem Gebrauch diverser Ausstiegshilfen in einer bevölkerungsweiten Querschnittsstudie nach Adjustierung möglicher konfundierenden Faktoren. In einem zweiten Paper wurde dieser Zusammenhang aus derselben Studienpopulation mittels prospektiver Langzeitdaten geprüft.

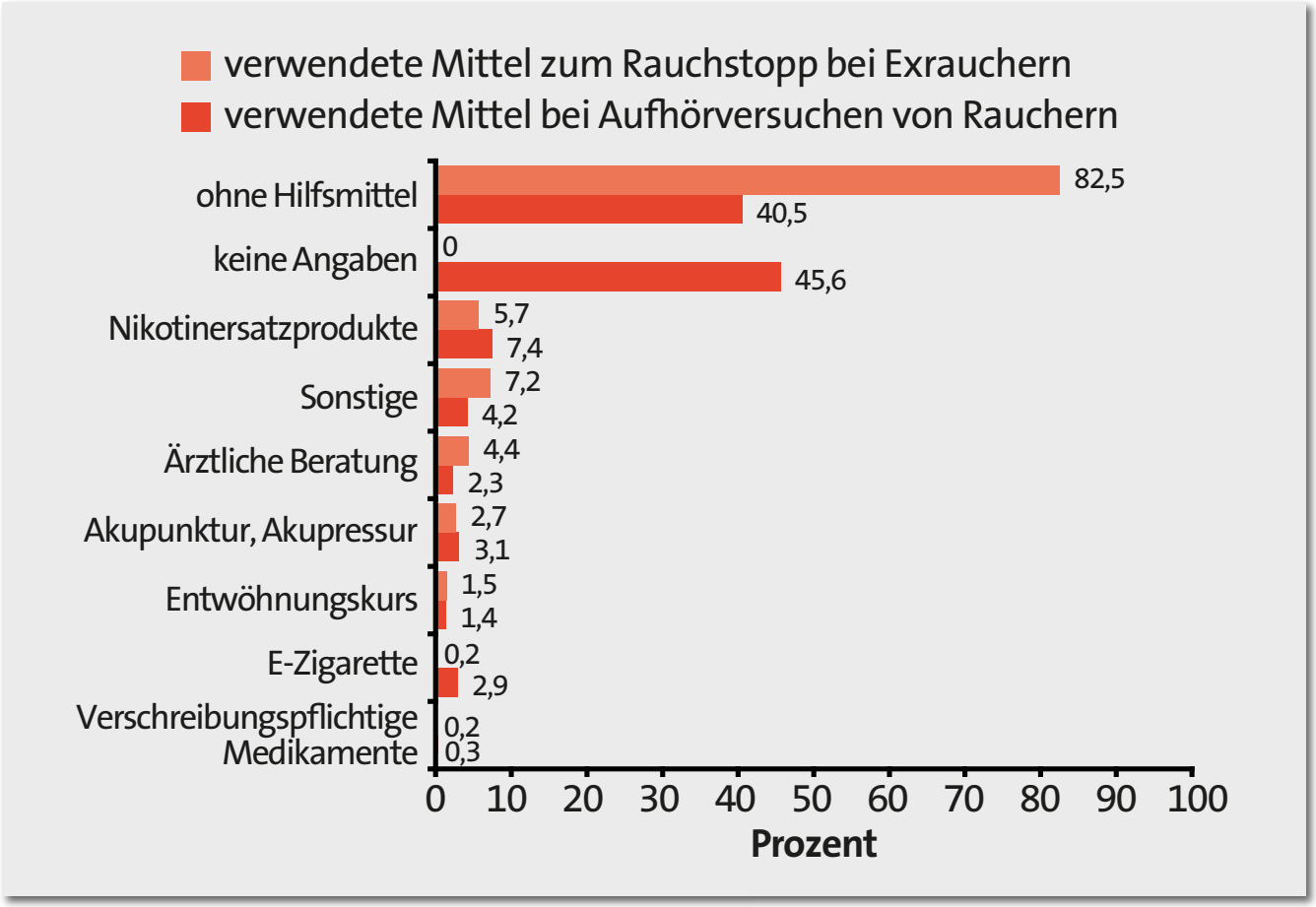


Abbildung 1: Verwendete Hilfsmittel bei der Tabakentwöhnung von Exrauchern und bei Aufhörversuchen von Rauchern im Jahr 2014. Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum (2014) E-Zigaretten: Bekanntheit und Konsum in Deutschland 2012–2014. Aus der Wissenschaft für die Politik, Heidelberg.

Methode:

Die Daten beider Studien stammen aus einer nationalen Haushaltsbefragung („Smoking Toolkit Study") in England. Zunächst wurde aus einer computerunterstützten Querschnittsbefragung im Zeitraum November 2006 bis Mai 2012 diejenigen Teilnehmer selektiert, die in den letzten 12 Monaten geraucht und zumindest einen ernsthaften Ausstiegsversuch unternommen hatten. Raucher und Ex-Raucher wurden gefragt, ob sie dabei bestimmte Methoden oder Hilfsmittel benutzt haben. Die Methoden wurden in vier Kategorien unterteilt:

(1) Nikotinersatztherapie (NET), Bupropion oder Vareniclin auf Rezept, in Kombination mit intensiver Expertenunterstützung durch die National Health Service (NHS) Stop Smoking Services

(2) NET, Bupropion oder Vareniclin auf Rezept, in Kombination mit Kurzberatung durch den verschreibenden Arzt

(3) NET selbst erworben („over the counter", OTC)

(4) Keine der drei Optionen; Ausstieg ohne formale Unterstützung

Die Querschnitts-Studienpopulation bestand aus 10.335 Befragten, von denen zum Befragungszeitpunkt 8.932 (86.4 %) Raucher und 1.403 (13.6 %) abstinent waren. Für die prospektive Längsschnittstudie wurden Teilnehmer nach sechs Monaten postalisch rekontaktiert und erhielten £5 (€6) Belohnung für die Rücksendung des Fragebogens.

Als bedeutendste Konfounder-Variable wurde das bei der Erstbefragung und vor dem Ausstiegsversuch erhobene Ausmaß der Tabakabhängigkeit definiert; ermittelt wurde sie mit zwei Fragen zum Rauchverlangen: „In den letzten 24 Stunden: wie groß war der Anteil von Zeit, in der Sie Rauchverlangen gespürt haben (gar nicht, ein wenig Zeit, etwas Zeit, viel Zeit, fast die ganze Zeit, die ganze Zeit)" und „Wie stark war das Rauchverlangen (moderat, stark, sehr stark, extrem stark)". Weiterhin wurde nach demographischen Merkmalen (Alter, Geschlecht und Sozialstatus) adjustiert.

Von 27.219 Rauchenden bei der Baseline nahmen 5.757 (21,2 %) an der zweiten Befragung teil. Die eigentliche Stichprobe für die Längsschnittstudie umfasste diejenigen 1.560 Befragten, die zwischen der ersten und zweiten Erhebung zumindest einen Ausstiegsversuch unternommen hatten.

Als primäre Outcome-Variable fungierte die selbstberichtete Abstinenz; mittels multipler logistischer Regressionsmodelle wurde der Einfluss der Nutzung der unterschiedlichen Therapien, adjustiert nach den genannten konfundierenden Variablen auf die primäre Outcome-Variable untersucht.

Ergebnisse Längsschnittstudie:

Therapieoption 1 (NET oder Bupropion oder Vareniclin auf Rezept in Kombination mit Expertenunterstützung) wurde von 4,8 % (N=75), Option 2 (Medikation plus Kurzberatung) von 20,8 % (N=324) und Option 3 (NET selbst erworben) von 29,9 % (N=467) genutzt; die restlichen 694 Studienteilnehmer (44,5 %) hatten keine dieser drei Optionen genutzt. 23 % (N=359) berichteten bei der 2. Befragung, nicht mehr zu rauchen.

Der Gebrauch von Therapieangeboten war u.a. assoziiert mit Alter, Anzahl bisheriger Ausstiegsversuche, Sozialstatus und den zwei Abhängigkeitsmaßen (zeitliches Ausmaß und Stärke des Rauchverlangens). Post hoc-Analysen bestätigten, dass Nutzer medikamentöser Therapien höhere Abhängigkeitsgrade besaßen als Nicht-Nutzer.

Die adjustierten Odds ratios (aOR) ergaben, dass Nutzer der Therapieoption 1 häufiger die Abstinenz erreichen (2.58, KI = 1.48–4.52) als Nichtnutzer (Option 4). Für Therapieoption 2 (Medikation plus Kurzberatung) lag das aOR bei 1.55 (KI = 1.11–2.16). Zwischen Therapieoption 1 und 2 konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Option 3 (NET OTC) ging mit signifikant geringeren Abstinenzaussichten einher als Ausstiegsversuche ohne formale Hilfen (aOR 0.68; KI = 0.49 – 0.94).

Ergebnisse Querschnittsstudie:

Die nicht adjustierten Abstinenzquoten für die vier Optionen 1 bis 4 lagen bei 19,1 % (N = 39), 15,2 % (N = 259), 10,2 % (N = 322) und 14,8 % (N = 783). Auch hier war der Gebrauch von Therapieangeboten assoziiert mit Alter, Anzahl bisheriger Ausstiegsversuche, Sozialstatus und insbesondere den zwei Abhängigkeitsmaßen ($p<0.001$). Die adjustierten Odds ratios (aOR) liegen in einem ähnlichen Bereich wie bei der Längsschnittstudie: Nutzer der Therapieoption 1 erreichen häufiger Abstinenz (3.25, KI = 2.05 – 5.15) als Nichtnutzer (Option 4). Für Therapieoption 2 (Medikation plus Kurzberatung) lag das aOR bei 1.61 (KI = 1.33 – 1.94). Zwischen Therapieoption 1 und 2 gab es einen signifikanten Unterschied (OR= 2.02). Wenn nur die Untergruppe herangezogen wurde, deren Ausstiegsversuch in den letzten sechs Monaten stattgefunden hatte, waren die Effekte noch stärker ausgeprägt.

Option 3 (NET OTC) ging mit ähnlichen Abstinenzaussichten einher wie Ausstiegsversuche ohne formale Hilfen (aOR 0.96; KI = 0.81 – 1.13). Zusätzlich erwähnt werden soll, dass bei dieser Querschnittsstudie die Option 3 NET OTC in einem Modell, das nicht nach Tabakabhängigkeit adjustiert wurde, ein identisches OR erzielte wie in der oben dargestellten Querschnittstudie nach Adjustierung (OR 0.68; KI = 0.57 – 0.82).

Tabelle 1 fasst die wichtigsten Ergebnisse beider Publikationen noch einmal zusammen.

Diskussion und Schlussfolgerungen:

Der Gebrauch von verschriebenen Medikamenten in Kombination mit spezieller behavioraler Unterstützung durch Experten des englischen Gesundheitssystems erhöhte die Erfolgsaussichten von Ausstiegsversuchen deutlich; auch wenn sich die behaviorale Unterstützung auf eine Kurzintervention beschränkte, blieb ein signifikanter Effekt bestehen. Keinen Nutzen brachte die selbst erworbene NET; hier war in der Längsschnittstudie sogar ein gegenteiliger Effekt zu beobachten. Die adjustierten OR für Medikamente plus

Tabelle 1: Wichtigste Ergebnisse der Längsschnitt- und der Querschnittsstudie von Kotz et al.

Längsschnittstudie	aOR	KI
Medikamente plus intensiv	2.58	1.48 – 4.52
Medikamente + kurz	1.55	1.11 – 2.16
NET OTC	0.68	0.49 – 0.94
Ohne	1	
Querschnittsstudie	**(a)OR**	**KI**
Medi + intensiv	3.25	2.05 – 5.15
Medi + kurz	1.61	1.33 – 1.94
NET OTC	0.96	0.81 – 1.13
NET OTC nicht adjustiert	0.68	0.57 – 0.82
Ohne	1	

Kurzintervention lagen in dem Bereich, der aus Metaanalysen kontrollierter Studien zu erwarten war; der Effekt intensiver Unterstützung versus Kurzintervention war mit einem OR von 2.02 etwas stärker ausgeprägt als erwartet.

Erwähnt werden muss der große Einfluss der Konfounder und der Effekt, den die Adjustierung nach dem Ausmaß der Tabakabhängigkeit auf die ORs hatte. Für Studien dieser Art scheint es geboten, nach substantiellen Konfoundern zu kontrollieren: Bei Rauchern, die professionelle Unterstützung beanspruchen, sind Risikofaktoren wie hohe Tabakabhängigkeit offensichtlich stärker ausgeprägt. Leitlinienkonforme Unterstützung (Beratung plus Medikation) ist also auch hier für Raucher, die formale Unterstützung in Anspruch nehmen, die erfolgversprechendste Methode.

Wie ist es zu erklären, dass in der Längsschnittstudie für NET alleine nicht nur keine bessere, sondern sogar eine signifikant schlechtere Abstinenzwahrscheinlichkeit als für den Ausstieg ohne formale Hilfe zu beobachten war? Die Autoren vermuten eine unsachgemäße Anwendung und geringe Adhärenz; unentdeckte weitere Konfounder kommen als Erklärung kaum in Betracht, da die sonstigen Ergebnisse weitgehend mit denen kontrollierter Studien übereinstimmen. Weiterhin weisen sie auf dringenden Forschungsbedarf zur (Un-)Wirksamkeit von NET OTC unter realen Bedingungen hin.

c) Kendzor DE, Businelle MS, Poonawalla IB, Cuate EL, Kesh A, Rios DM, Ma P & Balis DS (2014) Financial Incentives for Abstinence Among Socioeconomically Disadvantaged Individuals in Smoking Cessation Treatment. Am J Public Health

Hintergrund:

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass sozio-ökonomisch benachteiligte Raucherinnen und Raucher im Vergleich zu Personen mit höherem Sozialstatus eine geringere Chance für einen erfolgreichen Rauchstopp haben, auch wenn die Anzahl der Ausstiegsversuche vergleichbar ist. Es gibt Hinweise, dass kleinere materielle Belohnungen für die Aufrechterhaltung von Abstinenz diese Zielgruppe besonders anspricht. Hier wurde untersucht, welchen Effekt adjuvante finanzielle Anreize (Kontin-genzmanagement, KM) innerhalb eines Tabakentwöhnungsprogramms einer Klinik für medizinisch unterversorgte oder nicht versicherte Patienten („safety net clinic") hatte.

Methode:

Die Teilnehmer wurden zwischen August 2011 und April 2013 während ihres Informationsbesuchs in der Raucherambulanz einer Klinik im Bezirk Dallas, Texas, rekrutiert und erhielten eine kurze Erläuterung zur Studie. Zugelassen wurden kurzfristig ausstiegswillige rauchende Erwachsene mit einem Mindestmaß an Alphabetisierung und der Bereitschaft, an allen Studienterminen teilzunehmen. 146 Teilnehmer wurden auf zwei Bedingungen randomisiert:

(1) Ein Standardprogramm (usual care, UC), das aus bewährten Komponenten eines intensiven Tabakentwöhnungsprogramms bestand (medizinische und psychosoziale Psychoedukation, Gruppensitzungen, Pharmakotherapie und individuelle Follow-ups)

(2) Ein KM-Programm, das alle Elemente des UC-Programms enthielt und den Teilnehmern zusätzlich die Möglichkeit bot, vier Wochen lang jede Woche Gutscheine zu erhalten, wenn sie folgende Bedingungen erfüllten: 1) am Ausstiegstermin während mindestens der letzten 12 Stunden nicht geraucht zu haben oder während der letzten sieben Tage bei allen wöchentlichen Terminen nicht geraucht zu haben und 2) einen Kohlenmonoxidwert von < 8 ppm.

Der Wert der Gutscheine für eine populäre Ladenkette betrug $20 am Ausstiegsdatum und stieg um jeweils $5 für jede weitere Woche nachgewiesener Abstinenz (insgesamt bis zu $150: $20 plus $25 plus $30 plus $35 plus $40). Bei rückfälligen Teilnehmern wurde der Betrag auf $20 zurückgesetzt, wenn sie beim nächsten Termin wieder Abstinenz angeben und nachweisen konnten. Eine Substichprobe von N=128 wurde 12 Wochen nach dem Ausstiegsdatum noch einmal auf Abstinenz geprüft.

Ergebnisse:

Die Teilnehmer waren mehrheitlich nicht versichert (52 %) und verfügten über ein jährliches Haushaltseinkommen von weniger als $12.000 (56 %); durchschnittlich besuchten sie 57 % der Gruppensitzungen. 50 % bekamen NET verschrieben, 35 % Vareniclin und 10 % Bupropion. Die Wahl der Medikation hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Abstinenzraten. Die Teilnehmer an der KM-Bedingung erhielten durchschnittlich $63.40 von möglichen $150.

Zu allen Visitationen nach dem Ausstiegstermin lagen die Abstinenzquoten der KM-Gruppe signifikant über denen der UC-Gruppe (alle ps < .05): Die Punktprävalenz nach vier Wochen betrug 49,3 % in der KM- und 25,4 % in der UC-Gruppe. Nach 12 Wochen lagen die entsprechenden Quoten bei 32,8 % bzw. 14,1 %. Auch bezogen auf kontinuierliche Abstinenzmaße nach vier (aOR = 2.59, KI = 1.04 –6.42) und 12 Wochen (aOR = 3.61, KI = 1.13–11.49) konnte eine klare Überlegenheit der KM-Bedingung nachgewiesen werden. Besonders ausgeprägt waren die Unterschiede bei weiblichen Teilnehmerinnen; hier gab es

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 30 10, Fax: +49 (0) 6221 42 30 20
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

eine signifikante Treatment x Gender-Interaktion: Frauen in der KM-Bedingung hatten die höchsten, Frauen in der UC-Bedingung die niedrigsten Erfolgsquoten aufzuweisen.

Diskussion und Schlussfolgerungen:

Die Stärke der vorliegenden Publikation liegt darin, dass erstmalig die Wirksamkeit kleinerer, wöchentlich kontingent an Abstinenz vergebenen materiellen Incentives in einem klinischen Setting für sozial Benachteiligte nach-gewiesen werden konnte. Einschränkend muss angemerkt werden, dass keine Langzeit-Katamnese erhoben wurde. Dieses Ziel könnte in einer Nachfolgestudie in den Fokus genommen werden. Darüber hinaus wäre es auch von Interesse, das KM zu verfeinern: Welchen Wert sollten Anreize haben, um die optimale Wirkung zu entfalten, und wie lange sollten sie offeriert werden? Möglicherweise bedarf es auch gar nicht individueller Auszahlungen; auch Auslosungen von Gewinnen könnten wirksam sein, wie sie beispielsweise bei dem Nichtraucherwettbewerb „Quit & win“ üblich sind (s. dazu auch Newsletter Nr. 10 vom Dezember 2005 und Nr. 30, August 2008). Schließlich wäre auch der Frage nachzugehen, ob mit KM besonders Frauen aus sozial schwachen Verhältnissen angesprochen und wirksam behandelt werden können.

d) Bricker JB, Bush T, Zbikowski SM, Mercer LD & Heffner JL (2014) Randomized Trial of Telephone-Delivered Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy for Smoking Cessation: A Pilot Study. Nicotine & Tobacco Research, doi:10.1093/ntr/ntu102

Hintergrund:

Die Acceptance & Commitment Therapie (ACT) ist ein relativ neuer psychotherapeutischer Ansatz, bei dem Gedanken und Gefühle bezüglich craving nicht unterdrückt, sondern in achtsamer Akzeptanz und Zuwendung bewältigt werden sollen. Die Pilotstudie ging der Frage nach, inwieweit sich ACT auch für die telefonische Tabakentwöhnung eignet.

Methode:

Die Studienteilnehmer setzten sich aus 121 nicht krankenversicherten Anrufern bei der South Carolina State Quitline zusammen, die innerhalb des nächsten Monats mit dem Rauchen aufhören wollten. Sie wurden randomisiert einer aus fünf Terminen bestehenden Telefonberatung auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer (CBT) oder ACT-Grundlage zugewiesen und erhielten zusätzlich eine NET (nach Wahl Kaugummi oder Pflaster) für 14 Tage. Zur Sicherstellung der Beratungsqualität wurden die Telefonberater nur für jeweils ein Protokoll eingeteilt und erhielten ein intensives zusätzliches Trainingsprogramm. Die Beratungskompetenz wurde anhand von Gesprächsmitschnitten einem Rating unterzogen. Neben rauchanamnestischen Daten wurden depressive Symptome, Tabakabhängigkeit, Anruferzufriedenheit und Akzeptanz von Rauchverlangen erhoben. Als primäre Outcome-Variable fungierte die intent-to-treat 30-Tage-Punktprävalenz nach sechs Monaten. Wie bei telefonischer Beratung üblich, wurde keine biochemische Verifikation durchgeführt, sondern die Selbstangaben zum Rauchverhalten verwendet.

Ergebnisse:

Beide Beratungsprotokolle wurden mit hoher Kompetenz vermittelt (M=4.92 für ACT und 4.58 für CBT auf einer 5-Punkte-Skala). Teilnehmer der ACT-Gruppe absolvierten mehr Anrufe als Teilnehmer der CBT-Gruppe (M = 3.25 bei ACT vs. 2.23 bei BT; p = .001). Bei der Anruferzufriedenheit gaben 100 % der ACT-Bedingung und 87 % der CBT- Bedingung an, dass die Beratung für den Rauchstopp hilfreich war (p = .03); sehr ähnlich sahen die Verhältnisse in Bezug auf eine Weiterempfeh-lung aus.

Die Ausstiegsraten (30-Tage-Punktprävalenz nach sechs Monaten, intent-to-treat) lagen bei 31 % für ACT und 22 % für CBT (OR = 1.5, KI = 0.7 – 3.4). Auch in Bezug auf verschiedene Subgruppenanalysen schnitt die Beratung nach ACT tendenziell oder signifikant besser ab: Depressive Anrufer (N = 47, 33 % für ACT versus 13 % für CBT; OR = 1.2, KI = 1.0 – 1.6); Anrufer mit geringer craving-Akzeptanz bei der Baselineerhebung (N = 57, 37 % für ACT versus 10 % für CBT; OR = 5.3, KI = 1.3 – 22.0).

Raucher mit einem Konsum von mindestens 20 Zig/Tag (36 % bei ACT versus 17 % bei CBT; OR = 2.8; KI = 0.6–12.4). Post Hoc-Analysen zum Einfluss von NET erbrachten keine Hinweise, dass die Nutzung von NET mit dem Behandlungserfolg zusammenhing (p = .30) oder eine Interaktion zwischen NET-Nutzung und Behandlungsarm vorlag (p = .63).

Diskussion und Schlussfolgerungen:

Die bereits im Newsletter 55 vom April 2014 berichtete mögliche Eignung von ACT für mobile Ausstiegsangebote (Apps) scheint sich ebenso auf die Telefonberatung ausdehnen zu lassen, wenn auch die kleinen Fallzahlen der hier berichteten Pilotstudie noch keine weitreichenden Schlussfolgerungen erlauben. Insbesondere die Möglichkeit, Rauchenden mit bestimmten Merkmalsprofilen einen akzeptierenden Umgang mit Rauchverlangen nach dem Rauchstopp zu vermitteln, erscheint vielversprechend. Die Autoren selbst weisen auf die Notwendigkeit hin, die Ergebnisse an einer größeren Stichprobe mit dann ausreichend großen Zellen für Subgruppen zu überprüfen. Auch wenn das Studiendesign nicht ausgelegt war, um den inkrementellen Effekt von NET zu ermitteln, könnte das Fehlen eines Effektes auf die Praxis der South Carolina State Quitline zurückzuführen sein, NET lediglich für den Zeitraum von 2 Wochen anzubieten.