

Newsletter Tabakentwöhnung

Nr. 96, September 2024



dkfz.

DEUTSCHES
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT



WHO-Kollaborationszentrum
für Tabakkontrolle

WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg
in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

Editorial

Es sind zwar wirksame psychotherapeutische und pharmakologische Behandlungsangebote verfügbar, diese werden aber nur von einem kleinen Teil der rauchenden Personen in Anspruch genommen. Neben der erschwerten Zugänglichkeit zu diesen Angeboten könnten dabei auch Vorbehalte seitens der Betroffenen eine Rolle spielen. Inwieweit hier kognitive Verzerrungen mit verantwortlich sind, wurde in einer in Istanbul durchgeführten Studie untersucht (1). Dazu wurden in einem Querschnittsdesign zwei Gruppen verglichen: Eine behandlungssuchende Gruppe mit 156 Rauchenden und eine Gruppe von 78 Rauchenden, die noch nie professionelle Hilfen in Anspruch genommen hatten. Neben soziodemografischen Daten und dem Fagerström-Test wurde auch das Maß kognitiver Verzerrungen mit der „Cognitive Distortions Scale“ erhoben. Während keine signifikanten soziodemografischen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ermittelt wurden, ergab die Studie, dass eine höhere Tabakabhängigkeit mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einherging, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen. Die behandlungssuchende Gruppe wies zudem eine signifikant höhere kognitive Verzerrung im Sinne von „Alles oder Nichts“ in Bezug auf das Rauchen und den Rauchstopp auf. Wenn Individuen eine dichotome Alles-oder-Nichts-Perspektive einnehmen, erleben sie oft ein

Inhalt

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	3
Neue Publikationen	4

Gefühl der Überforderung und neigen eher dazu, langfristige Prozesse und Ziele nicht anzugehen. Obwohl diese Denkweise es schwierig macht, ein Behandlungsprogramm zu beginnen und aufrechtzuerhalten, kann sie auch dazu führen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen mit dem Gedanken „ohne Behandlung kann ich nicht mit dem Rauchen aufhören“. Bei Personen, die sich nicht behandeln ließen, wird angenommen, dass sie möglicherweise dachten, aus eigener Kraft mit dem Rauchen aufhören zu können. Die Gruppe, die keine Behandlung suchte, wies ein höheres Maß an kognitiven Verzerrungen wie „Labeling“, „mentales Filtern“ (aus positiven und kritischen Rückmeldungen nur die kritischen fokussieren), „Sollte-Aussagen“ und „Minimierung oder Abqualifizieren des Positiven“ auf. Die häufigste kognitive Verzerrung in dieser Gruppe war Labeling: „Behandlung ist für kranke Leute, ich bin aber nicht krank, also brauche ich keine Behandlung“. Rauchen bzw. Tabakabhängigkeit verursacht meist keine psychosozialen Probleme wie Alkohol- oder andere Formen der Drogenabhängigkeit und wird deshalb

(1) Arpacioğlu S, Erzincan E, Ergelen M, Arpacioğlu B, Paltun SC, Yağın M & Bilici R (2024) Cognitive distortions as barriers to seeking smoking cessation treatment: A comparative study. *J Clin Med* 13: 3974, DOI: 10.3390/jcm13133974

von den Betroffenen im Allgemeinen nicht als Suchterkrankung bewertet. Verständnis der kognitiven Verzerrungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme evidenzbasierter Tabakentwöhnungsangebote könnte für die Entwicklung gezielter öffentlichkeitswirksamer Interventionen förderlich sein und deren Reichweite und Wirksamkeit erhöhen. Individuelle und gemeindebasierte Interventionen zur Beeinflussung dieser Verzerrungen könnten die Inanspruchnahme evidenzbasierter Behandlung verändern.

Finanzielle Kosten sind einer der am häufigsten genannten Gründe, mit dem Rauchen aufzuhören. In den Niederlanden wurde innerhalb von neun Monaten zweimal die Tabaksteuer erhöht. Untersucht wurde in diesem Zusammenhang (2), inwieweit Betroffene berichten, dass sie aufgrund der bevorstehenden Steuererhöhung(en) aufhören wollen, und inwieweit dies mit ihrem Alter, Einkommen oder Bildungsniveau zusammenhängt. Außerdem wurde untersucht, ob der Gedanke ans Aufhören mit der Aufhörabsicht und dem Aufhörverhalten zusammenhängt. Dazu wurden Längsschnittdaten aus drei Wellen des International Tobacco Control (ITC) Surveys verwendet. Etwa die Hälfte der Rauchenden gab an, aufgrund der bevorstehenden Steuererhöhung mit dem Rauchen aufhören zu wollen (Welle 1: 51,3 %, Welle 2: 47,3 %). Frauen (gegenüber Männern), 18- bis 24-Jährige (gegenüber 40- bis 54-Jährigen und über 55-Jährigen) und Personen mit niedrigem Einkommen gaben eher an, dass die Steuererhöhung sie dazu veranlasst habe, über einen Ausstieg nachzudenken.

Bei Personen, die angegeben hatten, aufgrund der Steuererhöhung darüber nachzudenken, mit dem Rauchen aufzuhören, wurde ein

Anstieg der Intention, mit dem Rauchen aufzuhören festgestellt (aOR = 2,00, $p \leq 0,001$). Zudem hatten diese Personen häufiger einen ernsthaften Aufhörversuch nach der Steuererhöhung unternommen (aOR = 1,48, $p \leq 0,001$). Damit konnte betätigt werden, dass Steuererhöhungen Menschen dazu anregen, ans Aufhören zu denken, was zu einer stärkeren Ausstiegsintention und ernsthaften Aufhörversuchen führt.

Wir hatten in diesem Newsletter immer wieder aktuelle Zahlen der „Deutschen Befragung zum Rauchverhalten“ (DEBRA, <https://www.debra-study.info>) berichtet und dabei auf die hohe Rauchprävalenz und deren besorgniserregende Entwicklung in Deutschland hingewiesen. Die letzte Erhebungswelle weist mit 29,7 % Prävalenz (gleitender Mittelwert) einen leichten Rückgang, aber nach wie vor einen hohen Wert auf. Weiterhin unbefriedigend ist die ausgesprochen niedrige Quote von 9,0 % derjenigen Rauchenden, die mindestens einen ernsthaften Rauchstoppversuch in den letzten 12 Monaten unternommen haben.

In der dritten Ausgabe unseres Newsletters für 2024 werden drei neue Publikationen etwas ausführlicher besprochen. Zunächst werden Ergebnisse einer deutschen Studie zur Bewertung der Wirksamkeit einer stationären Behandlung bei tabakabhängigen Patientinnen und Patienten im Vergleich zu einer ambulanten Therapie vorgestellt. Dann folgt die Auswertung einer jährlich durchgeführten repräsentativen Haushaltsbefragung in den USA zu Rauchstopp-bezogenen Indikatoren und dem Einfluss soziodemografischer und gesundheitsbezogener Faktoren. Die dritte und letzte vorgestellte Publikation schließlich hatte zum Ziel, mittels eines qualitativen Ansatzes

(2) Geboers C, Candel M, Nagelhout GE, Putte Bvd & Willemsen MC (2024) Tax increases as an incentive to quit smoking: Is thinking about quitting due to a tobacco tax increase associated with posttax increase smoking cessation? BMC Public Health 24: 1993, DOI: 10.1186/s12889-024-19530-6

die Perspektiven und Herausforderungen von in der Onkologie tätigen Gesundheitsfachkräften in Irland zu verstehen, wenn es um Barrieren und erleichternde Faktoren für Tabakentwöhnung bei rauchenden Krebspatientinnen und -patienten geht.

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

Ihr Redaktionsteam
Katrin Schaller, Peter Lindinger, Anil Batra

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: Berlin: 21.–25.10.2024. Online-Schulung Klinik-Zertifikat „Rauchfrei nach Hause!?:“: 11.–13.10.2024. Infos unter <http://rauchfrei-programm.de/schulungstermine>, Anmeldung bei braun@ift.de, Tel.: 089 36 08 04 91, Fax: 089 36 08 04 98

Curriculum „Ärztlich begleitete Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer

Die Qualifikationsmaßnahme für Ärztinnen und Ärzte besteht aus 6 Modulen und hat einen Umfang von 20 Stunden. Das fakultative Modul VI „Tabakentwöhnung mit strukturiertem Gruppenprogramm gemäß § 20 SGB V“ umfasst weitere 8 Stunden. Das Curriculum kann als Blended-Learning-Maßnahme durchgeführt werden. Auskünfte zum Curriculum unter Tel.: 030 4 00 45 64 22 oder dezernat2@baek.de. Termine unter <https://www.baek-fortbildungssuche.de/fbsuche>

20-stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“; zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

Teilnehmende werden ausführlich in die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Rauchenden mit dem gemäß § 20 SGB V anerkannten Programm „Nichtraucher in 6 Wochen“ eingeführt und sollten allgemeine Erfahrung in der Suchttherapie mitbringen. Teilnehmende haben Anspruch auf Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer. Termine: 22.–23.11.2024. Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen. Information und Anmeldung: Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen, Sylwia Mleczo, Tel.: 07071 2 98 23 13, E-Mail: sylwia.mleczo@med.uni-tuebingen.de

Kongresse/Tagungen

■ National

Deutscher Suchtkongress 2024

Köln, 23.–25. September 2024. Kongress-titel: Forschung, Prävention und Hilfen gemeinsam gestalten. Programm und Anmeldung unter <https://www.suchtkongress.org>

22. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle

Heidelberg, 4.–5. Dezember 2024, https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Veranstaltungen/1_Deutsche-Konferenz-fuer-Tabakkontrolle.html

Neue Publikationen

Effectiveness of residential versus outpatient therapy for smoking cessation: The START randomized clinical trial

Dickreuter JI, Schmoor C, Jähne A, Bengel J, Pschichholz B, Lorz C, Schulz C, Vozelj J & Leifert JA (2024) *Addiction*, online veröffentlicht am 10. Juli 2024, DOI: 10.1111/add.16594

■ Hintergrund

Ambulante Therapien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit sind seit langem sehr gut etabliert. Sie bestehen meist aus ein- bis zweistündigen Gruppentherapieeinheiten über sechs bis acht Wochen. In den letzten Jahren hat aber auch die stationäre Therapie, vor allem in den USA, sehr gute Erfolge gezeigt. Ein komplett rauchfreies Umfeld, wie es bei stationären Angeboten einfacher einzurichten ist, könnte zudem Rückfällen in den ersten Tagen nach Rauchstopp vorbeugen. Bislang beschränken sich die Ergebnisse zur Wirksamkeit der stationären Behandlungsmaßnahmen auf nicht-randomisierte Studien.

Diese Studie ist die erste randomisierte klinische Studie zur Bewertung der Wirksamkeit einer stationären Behandlung der Tabakabhängigkeit in einem Parallelgruppensdesign („Stationäre vs. Ambulante Raucherentwöhnungs-Therapie“, START). Wissenschaftler und Therapeuten am Universitätsklinikum Freiburg untersuchten, welche der beiden Therapieformen insgesamt wirksamer ist und ob für bestimmte Personen eine der beiden Therapieformen besser geeignet ist. Sowohl die ambulante als auch die stationäre Behandlung wurde auf Basis aktueller Leitlinien und neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse durchgeführt.

Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass eine stationäre Behandlung zu höheren kontinuierlichen sechs und 12-Monats-Follow-up Abstinenzraten führt als die ambulante Behandlungsmaßnahme.

■ Methode

Die Studie wurde bei volljährigen Personen mit einem Tageskonsum von mindestens 10 Zigaretten durchgeführt und von der Deutschen Krebshilfe finanziert. Die Kosten für die stationäre Therapie, inklusive Unterbringung und Verpflegung sowie An- und Abreise wurden übernommen (bis auf eine Eigenbeteiligung von 50 Euro), ebenso die Kosten für die ambulante Therapie. Personen mit erhöhtem Alkohol- oder sonstigem Drogenkonsum, Schwangere sowie Personen mit psychischen beziehungsweise anderen schweren medizinischen Erkrankungen wurden ausgeschlossen. Die ambulante Entwöhnung wurde wohnortnah bei zertifizierten Kursleitungen durchgeführt; die stationäre Behandlung erfolgte in einer stationären somatischen Rehabilitationseinrichtung in Bad Krozingen südlich von Freiburg. Die selbstberichteten Daten bei Beginn und nach der Therapie wurden mithilfe standardisierter Fragebögen erhoben. Selbstberichtete Ergebnisse zum Raucherstatus und die Verwendung von weiteren Hilfsmitteln wurden nach sechs und 12 Monaten durch standardisierte Telefoninterviews erhoben.

Die Interventionsgruppe erhielt eine stationäre verhaltenstherapeutische Gruppentherapie über einen konsekutiven Zeitraum von neun Tagen. Das Konzept der Therapie basierte auf einer Kombination der beiden Programme mit der besten Evidenz in Deutschland („Das Rauchfrei Programm“, „Nichtraucher in

6 Wochen“), umfasste sechs Gruppensitzungen und wurde von Therapeuten des Universitätsklinikums Freiburg durchgeführt. Insgesamt durchliefen 15 Gruppen die stationäre Therapie. Die durchschnittliche Gruppengröße betrug 8,5 Teilnehmende (Minimum 6, Maximum 12). Alle Teilnehmenden erhielten eine individuelle Beratung zu evidenzbasierten Pharmakotherapien (Nikotinersatzprodukte und zugelassene Medikamente) gemäß den Empfehlungen der deutschen S3-Leitlinie. Deren Nutzung blieb den Teilnehmenden selbst überlassen und war freiwillig. Zusätzlich wurden unterstützende Elemente des Rehabilitationszentrums wie Bewegungstherapie, Entspannungstechniken, achtsamkeitsbasierte Stressreduktion und Ernährungsberatung angeboten.

Die Kontrollgruppe erhielt eine ambulante verhaltenstherapeutische Gruppentherapie durch zertifizierte externe Therapeuten mit denselben Programmen wie die stationäre Therapiegruppe. Diese bestand aus einem Treffen pro Woche über drei bis sieben Wochen mit einer Gesamtdauer von ≥ 9 Stunden und bis zu 12 Teilnehmenden pro Gruppe. Weitere unterstützende Interventionen (z.B. Akupunktur) waren erlaubt und wurden für die Auswertung dokumentiert. Die Kurse bzw. Kursleitungen wurden aus der Datenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Deutschen Krebsforschungszentrums sowie der zentralen Datenbank der gesetzlichen Krankenkassen rekrutiert. Insgesamt wurden 54 ambulante Gruppentherapien von 30 verschiedenen externen Kursleitungen durchgeführt. In diesen ambulanten Gruppen waren auch Personen vertreten, die nicht an der Studie teilnahmen. Die Verwendung von Nikotinersatzprodukten oder Medikamenten war auch hier optional. In beiden Studienbedingungen musste diese von den jeweiligen Teilnehmenden selbst bezahlt werden.

■ Ergebnisse

Von insgesamt 708 Personen, die sich ursprünglich beworben hatten, wurden 581 auf ihre Eignung geprüft und schließlich 315 Teilnehmende (Durchschnittsalter 53,2 Jahre, 52 % Frauen) in die stationäre ($n=157$) oder ambulante Gruppe ($n=158$) randomisiert.

Von den 315 randomisierten Teilnehmenden traten 232 (73,7 %) die Intervention an (87,3 % oder $N=137$ in der stationären und 60,1 % oder $N=95$ in der ambulanten Gruppe; $p < 0,0001$). Von den tatsächlich Teilnehmenden nahmen alle an der Befragung bei Therapieende teil, 97,8 % ($N=227$) und 96,6 % ($N=224$) absolvierten das sechs-Monats- bzw. das 12-Monats-Follow-up-Interview.

Die Studiengruppe bestand größtenteils aus stark abhängigen Rauchenden mit einem mittleren FTND-Wert von 5,5 ($SD=2,0$) und einer durchschnittlichen Rauchdauer von gut 34 Jahren ($SD=10,8$). Etwa die Hälfte hatte Abitur und 210 (66,9 %) waren aktuell berufstätig. Die meisten Teilnehmenden ($N=280$, 89,7 %) hatten in der Vergangenheit bereits mindestens einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören, und 20 % hatten zuvor an einem anderen Programm zur Tabakentwöhnung teilgenommen. Die Selbstwirksamkeitserwartung bewegte sich auf einem mittleren Niveau.

Primäre Endpunkte: Unter denjenigen, die die Therapie antraten, lagen die kontinuierlichen, selbstberichteten 6-Monats-Abstinenzraten bei 46,7 % in der stationären und 26,3 % in der ambulanten Therapiegruppe ($OR=2,46$, $KI=1,39-4,33$, $p=0,0019$). Die kontinuierliche 12-monatige Abstinenz betrug 39,4 % bzw. 24,2 % ($OR=2,04$, $KI=1,14-3,64$, $p=0,017$). In Intention-to-treat-Analyse, bei der Nicht-Startende als nicht abstinent gewertet wurden, lagen die kontinuierlichen

12-Monats-Abstinenzraten bei 34,4 % bzw. 14,6 % (OR = 3,08, KI = 1,77–5,34, $p < 0,0001$).

Sekundäre Endpunkte: Die Abstinenzraten am Ende der Interventionen (Tag 9 in der stationären Gruppe und Tag 44 in der ambulanten Gruppe) lagen bei 100 % zw. 60 %. Auch nach biochemischer Verifizierung blieb die Überlegenheit der stationären Therapie erhalten. Unter denjenigen, die die Therapie antraten, lagen die verifizierten Abstinenzraten nach 12 Monaten bei 33,1 % bzw. 17,4 % (OR = 2,35, KI = 1,22–4,51, $p = 0,011$). In der Intention-to-treat-Analyse betrug die verifizierten Abstinenzraten nach 12 Monaten 28,6 % bzw. 10,3 % (OR = 3,48, KI = 1,85–6,522, $p = 0,0001$). Teilnehmende mit geringer bis mittlerer Abhängigkeit (FTND-Score ≤ 4) hatten eine insgesamt höhere 12-Monats kontinuierliche Abstinenzrate von 43,9 % im Vergleich zu stark bis sehr stark abhängigen (29,0 %, OR = 1,94, KI = 1,06–3,57, $p = 0,033$).

Während der Interventionen nutzten mehr Teilnehmende der stationären Gruppe evidenzbasierte pharmakologische Hilfen (Medikamente und Nikotinersatzprodukte; 66,4 %, $n = 91$) im Vergleich zu Teilnehmenden in der ambulanten Gruppe (46,3 %, $n = 44$). Besonders auffällig war dieser Unterschied bei den verschreibungspflichtigen Medikamenten Vareniclin oder Bupropion (20 % vs. 2 %). Allerdings gab es keinen Zusammenhang zwischen der Nutzung medikamentöser Hilfen und der kontinuierlichen Abstinenzwahrscheinlichkeit.

Der Kontakt mit anderen Teilnehmenden über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten war mit höheren kontinuierlichen Abstinenzraten verbunden (OR = 2,47, KI = 1,30–4,68, $p = 0,0057$); diese anhaltenden Gruppenkontakte waren in der stationären Therapiegruppe erheblich häufiger (62,6 % vs. 15,2 %).

■ Diskussion

Eine stationäre Behandlung über neun Tage führte zu signifikant höheren Abstinenzraten nach sechs und 12 Monaten als eine vergleichbare ambulante Behandlung. Die hohen kontinuierlichen Abstinenzraten von 46,7 % (sechs Monate) und 39,4 % (12 Monate) bei einer Stichprobe überwiegend hochgradig abhängiger Teilnehmender belegen das hohe Potenzial stationärer Behandlung der Tabakabhängigkeit. Die kontinuierliche Abstinenzrate der ambulanten Kontrollgruppe nach sechs Monaten (24,2 %) bewegt sich im Rahmen der Ergebnisse anderer Studien.

Eine Stärke dieser randomisierten klinischen Studie war das Head-to-Head Design: Beide Interventionen basierten auf denselben manualisierten Programmen für Tabakentwöhnung und wurden von zertifizierten Behandelnden durchgeführt. Die Abbruchraten bei der Therapieaufnahme waren zwischen den Gruppen ungleich. Dies könnte zu einer gewissen Verzerrung geführt haben. Ein großes Hindernis war der Mangel an verfügbaren ambulanten Therapiekursen. Darüber hinaus könnten versteckte Gruppenpräferenzen zu höheren Aufnahmezeiten in der stationären Gruppe beigetragen haben.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine stationäre Behandlung unter Routinebedingungen durchführbar ist, von rauchenden Patienten gut akzeptiert wird und zu höheren kontinuierlichen Abstinenzraten führt als die hier untersuchte ambulante Therapie. Es könnte eine zusätzliche effektive Behandlungsoption sein, insbesondere für diejenigen, die es bisher nicht geschafft haben, mit den derzeit verfügbaren Behandlungen Abstinenz zu erlangen.

Da die stationäre Behandlung sehr wahrscheinlich mit höheren Kosten verbunden ist

als eine ambulante Behandlung, ist fraglich, ob sie künftig finanziert wird. Die Kosteneffizienz für verschiedene Implementierungsoptionen (z.B. als eigenständige Behandlung oder begleitende stationäre Therapie) muss evaluiert werden. Perspektivisch wäre eine teilweise oder vollständige Kostenübernahme durch die Krankenkassen sehr wünschenswert, um Rauchende unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status eine Teilnahme zu ermöglichen.

Adult smoking cessation – United States, 2022

VanFrank B, Malarcher A, Cornelius ME, Schechter A, Jamal A & Tynan M (2024) MMWR Morb Mortal Wkly Rep 73: 633–641, DOI: 10.15585/mmwr.mm7329a1

■ Hintergrund

Die Erfolgsaussichten von Rauchstoppversuchen werden durch professionelle Interventionen, Verhaltenstherapie und zur Behandlung der Tabakabhängigkeit zugelassene Medikamente erhöht, insbesondere wenn diese Maßnahmen in Kombination genutzt werden. Ein besseres Verständnis von Aufhörabsichten und -bemühungen kann dazu beitragen, Lücken in der Behandlungsnutzung zu ermitteln und Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen, die den Zugang zu Behandlungen erleichtern. Das US-Regierungs-Projekt „Healthy People 2030“ enthält vier Ziele für die Tabakentwöhnung: 1) Steigerung der Ausstiegs-Versuche, 2) Erhöhung des Anteils erfolgreicher Ausstiegs-Versuche, 3) Erhöhung der Inanspruchnahme professioneller Kurzinterventionen und 4) Erhöhung der Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen. Diese Studie ergänzt und erweitert frühere Veröffentlichungen, in denen aufhörbezogene

Indikatoren untersucht worden waren, einschließlich des Einflusses soziodemografischer und gesundheitsbezogener Faktoren sowie des Zigarettentyps (Menthol oder Nicht-Menthol).

■ Methode

Der National Health Interview Survey ist eine jährliche, landesweit repräsentative Haushaltsbefragung unter der U.S. Zivilbevölkerung. Im Jahr 2022 wurden insgesamt 27 651 Erwachsene im Alter von ≥ 18 Jahren befragt (Rücklaufquote: 47,7 %). Die Daten wurden gewichtet, um national repräsentative Schätzungen zu erhalten. Aktuelles Rauchen wurde definiert als jemals mindestens 100 Zigaretten geraucht zu haben und derzeit täglich oder an einigen Tagen zu rauchen. Früheres Rauchen wurde definiert als Lebenszeit-Konsum von mindestens 100 Zigaretten, aber aktuell nicht zu rauchen. Es wurden sieben Rauchstopp-Indikatoren untersucht:

- 1) Interesse an Rauchstopp,
- 2) Aufhörversuch im vergangenen Jahr,
- 3) jüngster erfolgreicher Rauchstopp (Abstinenz für ≥ 6 Monate im letzten Jahr),
- 4) Kurzberatung durch medizinisches Fachpersonal zur Beendigung des Tabakkonsums,
- 5) Inanspruchnahme von Unterstützung durch medizinisches Fachpersonal inklusive Beratung über oder Verschreibung von medikamentösen Ausstiegshilfen,
- 6) Inanspruchnahme von Beratung und
- 7) Einnahme von Medikamenten.

■ Ergebnisse

Im Jahr 2022 gaben 11,6 % (KI = 11,1 %–12,1 %; geschätzte 28,8 Millionen) der Erwachsenen in den USA an, dass sie derzeit Zigaretten rauchen. Ungefähr zwei Drittel (67,7 %) wollten mit dem mit dem Rauchen aufhören, und etwa die Hälfte (53,3 %) hatte im vergangenen Jahr versucht, mit dem

Rauchen aufzuhören. Allerdings hatten nur 8,8 % in letzter Zeit erfolgreich aufgehört. Im vergangenen Jahr Kontakt zu einem Gesundheitsberuf hatten 77,6 % derjenigen, die derzeit rauchen und 83,1 % derjenigen, die im letzten Jahr aufgehört hatten. Davon erhielt etwa die Hälfte Beratung oder Unterstützung, um mit dem Rauchen aufzuhören. 38,3 % derjenigen, die im vergangenen Jahr einen Versuch unternommen oder in den letzten 2 Jahren mit dem Rauchen aufgehört haben, nahmen eine evidenzbasierte Maßnahme (Beratung oder Medikamente) in Anspruch, wobei eine medikamentöse Behandlung deutlich häufiger eingesetzt wurde als Beratung (36,3 % gegenüber 7,3 %). Nur gut 5 % nahmen sowohl Medikamente als auch Beratung in Anspruch.

Die Indikatoren für den Rauchstopp variierten je nach soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmalen. So lag beispielsweise die Prävalenz der Aufhörversuche im vergangenen Jahr bei Personen im Alter von 18–24 Jahren bei 74,4 %, bei den 45- bis 64-Jährigen hingegen nur bei 47,5 %. Einen kürzlich erfolgreich umgesetzten Rauchstoppversuch gaben 15,3 % der Personen im Alter von 18–24 Jahren an; in der Altersgruppe 45–64 und ≥ 65 Jahre lag diese Rate bei lediglich 5,6 %. Bezüglich dieses Indikators „erfolgreicher Rauchstoppversuch“ gab es sowohl einen Bildungsgradienten (16,8 % bei Personen mit Hochschulabschluss, lediglich 4,0 % bei Personen ohne Schulabschluss) als auch einen Einkommensgradienten (11,9 % bei Personen mit hohem Einkommen und 7,5 % bei denjenigen mit niedrigem Einkommen). Die Inanspruchnahme der Behandlung variierte je nach Ethnie zwischen 42,7 % unter weißen und 15,9 % unter nicht-hispanisch asiatischen Erwachsenen. Zudem waren die Prävalenzen für Beratung, Unterstützung und die Inanspruchnahme einer Behandlung bei nicht versicherten Befragten am niedrigsten.

Das am häufigsten verwendete Medikament war Nikotinplaster (19,6 %), gefolgt von Nikotinkaugummi oder -tabletten (18,4 %), Vareniclin (9,6 %), Bupropion (6,4 %) und Nikotinspray oder -inhaler (1,0 %). Die am häufigsten genutzte Beratungsform war die persönliche Beratung (4,3 %), gefolgt von Telefonberatung (3,7 %) und Kursen, Selbsthilfegruppen oder Klinik (2,4 %).

Personen, die an einer chronischen Krankheit, einer Angststörung, einer Depression oder einer Behinderung leiden, hatten eine höhere Prävalenz der Inanspruchnahme von Beratung oder Behandlung als Erwachsene ohne diese Erkrankungen.

Wer Mentholzigaretten rauchte, hatte im Vergleich zu Nicht-Mentholzigaretten-Konsumierenden häufiger ein Interesse daran, mit dem Rauchen aufzuhören (72,2 % gegenüber 65,4 %; $p < 0,05$) und tatsächlich Aufhörversuche unternommen (57,3 % gegenüber 50,4 %; $p < 0,05$), war dabei aber ähnlich oft erfolgreich (9,5 % gegenüber 7,9 %; $p = 0,19$). Mentholzigaretten-Rauchende hatten seltener Kurzberatung und Behandlung in Anspruch genommen.

■ Diskussion

Im Jahr 2022 wollten in den USA die meisten Rauchenden mit dem Rauchen aufhören, und etwa die Hälfte hatte im vergangenen Jahr einen Ausstiegsversuch unternommen, wobei aber weniger als 10 % Erfolg damit hatten. Wie bereits in früheren Studien wurde auch hier eine (für US-amerikanische Verhältnisse) eher geringe Nutzung evidenzbasierter Entwöhnungsmaßnahmen ermittelt. Dafür kommen mehrere Hindernisse als Erklärung in Frage: Medikamentenrückrufe und -engpässe haben zu einem Rückgang der Verschreibungen beigetragen. Es bestehen Wissenslücken auf Seiten der Behandelnden

bezüglich der Verfügbarkeit von klinischen Leitlinien für die Behandlung. Die Bereitstellung von Behandlungsangeboten im stationären Setting ist begrenzt, ebenso der Zugang zu kostenfreien Behandlungen.

Die Nutzung und Erweiterung der derzeitigen Infrastruktur von evidenzbasierter Behandlung wie z. B. Quitlines, digitale Angebote und auf den Rauchstopp zielende massenmediale Kampagnen könnten die Tabakentwöhnung befördern. Darüber hinaus kann die Umsetzung von Änderungen auf Systemebene wie die Einführung von standardisierten Behandlungsprotokollen und klinischen Arbeitsabläufen für die etwa drei von vier rauchenden Erwachsenen, die im Laufe eines Jahres einen Gesundheitsdienstleister aufsuchen, den Zugang zur Behandlung ermöglichen.

Auch wenn es sehr große Unterschiede zwischen dem US-amerikanischen und dem deutschen Gesundheitssystem und der Methodik der beiden Erhebungen gibt, sollen den hier berichteten Ergebnissen zum Vergleich einige Zahlen aus Deutschland gegenübergestellt werden (aus Kotz D, Batra A & Kastaun S, DOI: 10.3238/arztebl.2020.0007 und der DEBRA-Studie):

	USA	DE
Prävalenz	11,6 %	29,7 %
Rauchstopp-Versuche	53,3 %	9,0 %
Nutzung evidenzbasierter Maßnahmen	38,3 %	13,0 %
Varenicline	9,6 %	0,4 %
Telefonberatung	3,7 %	0,8 %

A qualitative study to understand the barriers and facilitators in smoking cessation practices among oncology health care practitioners in one health system

Frazer K, Bhardwaj N, Fox P, Lyons A, Syed S, Niranjan V, McCann A, Kelly C, Brennan S, Brennan D, Geraghty J, Keane MP & Fitzpatrick P (2024) Nicotine Tob Res: ntae185, DOI: 10.1093/ntr/ntae185

■ Hintergrund

Zu den Auswirkungen des fortgesetzten Rauchens nach einer Krebsdiagnose gehören ein Anstieg der Gesamt- und der krebspezifischen Mortalität, eine erhöhte Inzidenz von Rezidiven und das Risiko von Zweitmalignomen. Man geht von einer Verringerung des Sterberisikos um 30 % bis 40 % aus, wenn zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose mit dem Rauchen aufgehört wird. Trotz der Vorteile, die ein Rauchstopp für Krebskranke mit sich bringt, ist unklar, wie viele Menschen im Rahmen der Krebsbehandlung bei ihren Entwöhnungsversuchen unterstützt werden. Aus irischen Krebszentren wird berichtet, dass der Rauchstatus nicht immer erhoben, rauchenden Betroffenen nicht immer eine Nikotinersatztherapie angeboten und die Umsetzung des nationalen irischen Schulungsprogramms „Make Every Contact Count“ durch die Angehörigen der Gesundheitsberufe nicht systematisch dokumentiert werden. Ziel dieser Studie war es deshalb, die Perspektiven von in der Onkologie tätigen Gesundheitsfachkräften in Irland (Health Care Professionals, HCPs) zu verstehen, die sich in Tabakentwöhnung engagieren.

■ Methode

HCPs, die Erwachsene mit einer Krebsdiagnose behandeln, wurden aus drei

nationalen Zentren in Irland rekrutiert. Es wurde ein exploratives qualitatives Studiendesign gewählt, in der der Forschungsfrage nachgegangen wurde, wie die Praktiken, Erfahrungen und Meinungen von Fachkräften des onkologischen Gesundheitswesens in Bezug auf Rauchstopp aussehen, und welche Empfehlungen sie für die Entwicklung eines spezialisierten Behandlungspfades geben.

Achtzehn halbstrukturierte Interviews wurden von Mitgliedern des Studienteams (Corona-bedingt) per Telefon oder über virtuelle Plattformen geführt und digital aufgezeichnet. Die Dauer der Interviews betrug 30 bis 40 Minuten. Allen teilnehmenden HCPs wurde versichert, dass die Daten vertraulich sind, die Berichte anonymisiert werden und die Daten als Gruppensummenfassungen berichtet werden, ohne dass einzelne Personen oder Krebszentren identifizierbar sind. In Irland umfasst das Angebot an Tabakentwöhnungsdiensten eine nationale Quitline, die Verfügbarkeit von Tabakentwöhnungsdiensten einschließlich Einzel- und Gruppenunterstützung und den Zugang zu kostenloser Nikotinersatztherapie in öffentlich finanzierten Krankenhäusern und kommunalen Einrichtungen.

■ Ergebnisse

Unter den Teilnehmenden der drei Fachzentren waren acht Angehörige der Pflegeberufe, sieben Mediziner und drei HCPs aus anderen Professionen. Knapp ein Viertel hatte selbst geraucht und 13 dieser 18 Personen sprachen regelmäßig mit Betroffenen über den Rauchstopp. Aus den transkribierten Interviews wurden vier übergreifende Themen identifiziert und mit Zitaten belegt:

Timing und Wissen

Es gab unterschiedliche Meinungen darüber, wann der richtige Zeitpunkt sei,

mit Betroffenen über einen Rauchstopp zu sprechen. Persönliches Fachwissen, Werthaltungen und Erfahrungen beeinflussten die Entscheidung, das Thema Rauchstopp anzusprechen. Hier fielen Äußerungen wie „Wenn bei jemandem Krebs diagnostiziert wird, ist das für ihn offensichtlich nicht der richtige Zeitpunkt, um aufzuhören“ (Krankenschwester, 13 Jahre Erfahrung) oder „Ich kann mir nicht vorstellen, dass ich die Zeit dafür habe, und ich kann mir auch nicht vorstellen, dass ich das nötige Fachwissen... die Ausbildung habe, vor allem über Ersatztherapien und die verfügbaren Produkte. Ich will also nicht respektlos sein, aber ich denke, dass dies etwas ist, das leitende Ärzte machen sollten, und dann denke ich, dass jemand anderes kommen sollte... damit sie informierte Entscheidungen treffen können“ (Arzt, 10 Jahre Erfahrung).

Aufbau einer Beziehung

Dem Aufbau einer nicht wertenden therapeutischen Beziehung wurde von den Teilnehmenden große Bedeutung zugemessen. Dazu gehören Einfühlungsvermögen, Offenheit und Anerkennung der Herausforderungen, die in einer Zeit erheblicher persönlicher Umwälzungen und Unsicherheit an die Patientinnen und Patienten gestellt werden. Das Thema Rauchstopp müsse sanft oder beiläufig angesprochen werden, um die Betroffenen nicht zusätzlich unter Druck zu setzen. „Ich habe gesagt, dass es sehr wichtig ist, sehr behutsam mit ihnen umzugehen, und dass man sie gerade erst kennengelernt hat, dass man eine Beziehung aufbaut, und dass man nicht verurteilend sein sollte“ (Krankenschwester, 20 Jahre Erfahrung).

Die Gespräche waren daher pragmatisch und klinisch ausgerichtet, wobei Informationen über die Schäden des Weiterrauchens für die Behandlung/Strahlentherapie-Toxizität/Wundheilung und -genesung mitgeteilt wurden,

wenn dies als angemessen erachtet wurde: „Und normalerweise haben wir, sobald sie mit der Behandlung begonnen haben, einfach ein Gespräch mit ihnen geführt und es ganz beiläufig angesprochen: Rauchen Sie? und einfach versucht, ein Gespräch darüber zu beginnen. Ich denke, man muss auch sehr vorsichtig sein, wenn man es annimmt, denn offensichtlich sind sie so gestresst von allem, was in ihrem Leben passiert, also einfach diese Art von kurzen Fragen ‚Rauchen Sie oder haben Sie jemals daran gedacht, aufzuhören‘ und das ist normalerweise, wenn ich sie kennengelernt habe und sie vielleicht ein- oder zweimal gesehen habe... Ich denke also, dass es einfacher ist, sanft mit ihnen anzufangen und dem Ganzen dann vielleicht ein bisschen mehr Zeit zu geben, sobald man eine Beziehung zu ihnen aufgebaut hat“ (Krankenschwester, 20 Jahre Erfahrung).

Häufiges Nachfragen, aber seltenes Handeln

Die teilnehmenden Gesundheitsberufe erkundigten sich bei den Rauchenden nach deren Rauchverhalten, doch führte dies nicht

zu konkreten Unterstützungs-Maßnahmen für einen Rauchstopp, sondern eher zu einer passiven Vermittlung von Informationen. Ein aktives elektronisches System für die Überweisung an Tabakentwöhnungs-Dienste existiert nicht: „Ich würde sagen, dass ich wahrscheinlich nicht oft genug eine formelle Überweisung an den Entwöhnungsdienst anbiete, und das liegt daran, dass es bei der ersten Konsultation eine Menge an Informationen gibt“ (Arzt, 5 Jahre Erfahrung) oder „...wenn der Patient mir sagt, dass er mit dem Rauchen aufhören möchte. dann frage ich normalerweise nicht... ob sie interessiert sind und wenn sie mir sagen, dass sie daran interessiert sind, mit dem Rauchen aufzuhören, dann mache ich einige Vorschläge“ (Arzt, 30 Jahre Erfahrung). Es wurde deutlich, dass es keinen systematischen Ansatz wie die Zuweisung an Allgemeinärzte oder an psychologische Fachdienste gibt. „Manchmal habe ich sie auf die Website HSE Quit.ie verwiesen. Aber normalerweise würde ich wahrscheinlich nicht über Themen sprechen wie kommunale Rauchstoppangebote oder den Hausarzt“ (Arzt, 2 Jahre Erfahrung) und „Ich frage nicht routinemäßig danach, um ehrlich zu sein. Es wäre mehr, wenn... Und es sind eigentlich Patienten mit gutartigen Erkrankungen, mit denen ich darüber spreche...“ (Arzt, 2 Jahre Erfahrung).

Beseitigung der Hindernisse und Anpassung des Systems

Zu den strukturellen Hindernissen gehören die fehlende Verschreibungsbefugnis der Pflegekräfte und die damit verbundenen Verzögerungen bei den NRT-Rezepten sowie die fehlende Einbeziehung von Familienmitgliedern.

„Ich denke, es ist sehr ad hoc, es ist nicht konsistent, und es wird nicht viel getan, um wirklich ehrlich zu sein. Die Familienmitglieder werden im Allgemeinen nicht wirklich mit

Impressum

Dieser Newsletter erscheint viermal jährlich.

Herausgeber:
Deutsches Krebsforschungszentrum
in Zusammenarbeit mit 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. Katrin Schaller

Redaktion:
Dr. Katrin Schaller, Dipl.-Psych. Peter Lindinger,
Prof. Dr. Anil Batra

einbezogen... Nein, es ist nicht wirklich konsistent...“ (Krankenschwester, 13 Jahre Erfahrung) und „Ich denke, es ist die Aufgabe aller, aller Angehörigen der Gesundheitsberufe, es kommt nicht nur auf die Pflegekräfte für Tabakentwöhnung an oder die Website quit.ie, es ist die Aufgabe jedes Angehörigen der Gesundheitsberufe, etwas zu tun.“ (Krankenschwester, 6 Monate Erfahrung).

■ Diskussion

Diese irische Studie, in der sich Fachkräfte aus spezialisierten Krebsdiensten über ihre Erfahrungen in der Tabakentwöhnung austauschten, zeigt Praktiken zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung auf, identifiziert ungedeckte Bedarfe und präsentiert Lösungsvorschläge auf organisatorischer Systemebene. Aufbau und Pflege der therapeutischen Beziehung sind dabei von grundlegender Bedeutung. Das „Make Every Contact Count“-Programm (MECC) ist ein viel gelobter Prozess des Engagements für „Ask, Advice and Act“. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Anwendung dieses Vorgehensweise unzureichend ist, insbesondere wenn betroffene Rauchende keine klare Bereitschaft für einen Rauchstopp zeigen. Patienten befinden sich in einem außergewöhnlichen Kontext mit eingeschränkten Fähigkeiten, Möglichkeiten oder Motivation, was sich

auf ihr Verhalten und ihre Entscheidungen auswirkt. Die interviewten Teilnehmenden kennen die angebotenen Tabakentwöhnungsdienste, berichteten aber Inkonsistenzen in den Systemen und Prozessen, was die Nutzung anging. Es ist unklar, wer für die Initiierung von Gesprächen über einen Rauchstopp zuständig ist. Strukturelle Barrieren mit begrenzter Zeit in den Kliniken verschärfen die diesbezüglichen Herausforderungen. Das Fehlen elektronischer Systeme zur Aufzeichnung von Rauchstopp-Informationen, zur Einbettung entsprechender Fragen in die Krankenhausdokumentation oder einer automatischen Überweisung an Tabakentwöhnungsdienste erhöht die Belastung des klinischen Personals. Es besteht das Risiko, dass Rauchstopp-Interventionen nachrangig behandelt werden oder dass sie lediglich aus einer Frage bestehen, die nur einmal während mehreren klinischen Interaktionen gestellt wird.

Aufgrund des qualitativen Charakters dieser Studie sind die Ergebnisse möglicherweise nicht repräsentativ für die Erfahrungen und Ansichten aller HPCs. Diese Studie gibt dennoch einen wertvollen Einblick in die Erfahrungen von Fachkräften des Gesundheitswesens, die in spezialisierten Krebszentren arbeiten, und die Ergebnisse können für die Entwicklung von Rauchstopp-Angeboten in onkologischen Einrichtungen genutzt werden.