



in Zusammenarbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und
Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer und dem
Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V.

Nr. 76
Oktober
2019

Editorial

Zwar gab es in den letzten Jahren erfreuliche Entwicklungen, was den Anteil der nichtrauchenden Kinder und Jugendlichen angeht, in Bezug auf die Rauchprävalenz bei Erwachsenen haben wir in Deutschland allerdings immer noch Grund zum Klagen, wenn man sich die neuen Zahlen zum Substanzmittelkonsum insgesamt und zum Rauchverhalten in Deutschland im Besonderen anschaut (1): Der Anteil der Tabak- bzw. E-Zigarettenkonsumenten lag in dieser Befragung bei 28,0 %. Dies entspricht hochgerechnet 14,4 Millionen Konsumenten in dieser Alterskohorte. Die Prävalenz für sogenannte traditionelle Tabakprodukte (Zigarette, Zigarre, Zigarillo oder Pfeife) lag bei 23,3 % (was 12 Millionen Personen entspricht). 7,8 Millionen Personen konsumieren täglich; das entspricht einer Prävalenz von 15,1 %. Unter den Tabakkonsumenten gab jeder vierte (2,8 Millionen Personen) an, täglich mehr als 20 Zigaretten zu rauchen. Bei den „sonstigen Tabakprodukten“ trat der Konsum von Wasserpfeifen am häufigsten auf (30-Tage-Prävalenz 4,2 %, entspricht 2,2 Millionen Personen), dicht gefolgt von E-Zigaretten (4,0 %, 2,1 Millionen Personen). Der Gebrauch von „heat-not-burn“-Produkten, also Tabakerhitzern, war hingegen deutlich weniger verbreitet (0,8 %, 412 000 Personen). Während der nicht tägliche Gebrauch von Wasserpfeifen wahrscheinlich dem gängigen Konsummuster entspricht und eine 30-Tage-Prävalenz somit aussagekräftiger ist, als der Tageskonsum, wäre es in Bezug auf E-Zigaretten oder Tabakerhitzern natürlich spannend, den Anteil täglicher Konsumenten zu ermitteln.

Aus der „DEBRA-Studie“ (siehe Seite 5 dieses Newsletters) liegen dazu folgende Zahlen vor: Auf die Frage „Haben Sie jemals eine elektrische Zigarette (E-Zigarette) oder ein ähnliches Produkt benutzt (wie zum Beispiel E-Shisha, E-Zigarre oder E-Pfeife)?“ antworteten 1,7 % der Befragten, diese bis heute zu benutzen. Bei den relativ neuen und weniger bekannten „heat-not-burn“-Produkten lag dieser Anteil dagegen bei nur 0,4 %.

Dass Männer über alle Produktkategorien höhere Prävalenzwerte aufweisen als Frauen ist nicht überraschend. Bei der Frage nach einer klinisch bedeutsamen substanzbezogenen Störung stellt sich ein anderes Bild dar als bei den reinen Konsumgewohnheiten: Mit einer 12-Monats-Prävalenz von 8,6 % (4,4 Millionen

(1) Atzendorf J, Rauschert C, Seitz NN, Lochbühler K & Kraus L (2019) The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines – an estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. Dtsch Arztebl Int 116: 577–584, DOI: 10.3238/arztebl.2019.0577

Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
Neue Publikationen	2

Personen) war die Tabakabhängigkeit (hier ermittelt nach den DSM-IV-Kriterien) die am häufigsten diagnostizierte Störung. Die Tabakabhängigkeit ist damit sogar etwas weiter verbreitet als alle anderen substanzbezogenen Abhängigkeiten zusammen! Aus einer anderen Perspektive betrachtet ergibt sich folgende Verteilung: Etwa jeder siebte Befragte weist mindestens eine Abhängigkeitsstörung auf. Das sind etwa 7 Millionen Personen in den befragten Alterskohorten. Wenn man – nur als Rechenbeispiel – die Tabakabhängigen unberücksichtigt lässt, bleiben noch 6,7 % oder 3,5 Millionen Personen. Es ist also auch aus diesem Blickwinkel dringend geboten, die Anstrengungen zur Verbesserung der Ausstiegchancen von abhängigen Rauchern zu intensivieren.

Was erwartet Sie in dieser Ausgabe des Newsletters? Wir berichten zunächst ausführlicher über zwei umfangreiche neue Meta-Analysen der Cochrane-Arbeitsgruppe, zum einen zur Adhärenz bei den medikamentösen Therapien und zum anderen zum Motivational Interviewing. Weiterhin finden Sie die Vorstellung eines Beitrags, in dem der Frage nachgegangen wird, wie die deutsche Öffentlichkeit zu unterschiedlichen Regelungen zur Erstattung von Tabakentwöhnungsmaßnahmen steht.

Wie gewohnt informieren wir Sie auch über die Fortbildungs- und Veranstaltungstermine der kommenden Monate. Besonders freuen wir uns, Sie auch auf der 17. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle am 4. und 5. Dezember 2019 in Heidelberg begrüßen zu dürfen.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung

Ihr Redaktionsteam

Ute Mons, Peter Lindinger, Anil Batra, Wilfried Kunstmann

Anmerkung: Ausschließlich wegen der Erleichterung der Lesbarkeit wird an manchen Stellen nur die männliche Form angeführt. Damit sind jeweils weibliche und männliche Personen gemeint. Keinesfalls soll dies eine Wertung in Bezug auf Über- oder Unterlegenheit eines Geschlechts darstellen.

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 14.–18.10.2019, München 18.–22.11.2019. Infos unter <https://www.rauchfrei-programm.de/schulungstermine>; Anmeldung bei braun@ift.de; Tel.: 089/36 08 04 91, Fax: 089/36 08 04 98

- 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 zu Terminen unter Tel.: 030/4 00 45 64 22 oder dezernat2@baek.de

- 20-stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“ am 8. und 9.11.2019 in Tübingen, 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 erhalten Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer. 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 sucht@med.uni-tuebingen.de

Kongresse/Tagungen

National

- 17. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle am 4. und 5. Dezember 2019 in Heidelberg

Programm und Anmeldung über <http://www.tabakkontrolle.de>

International

- Tagung der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz am 28. November 2019, Kongresszentrum Kreuz, Zeughausgasse 41, Bern (10 Gehminuten vom Hauptbahnhof)

Programm und Anmeldung über <https://www.at-schweiz.ch>

- 8. European Conference Tobacco or Health (ECToH 2020) vom 19. bis 22. Februar 2020

Programm und Anmeldung auf <https://www.ectoh.org>

- 19. SRNT-Konferenz vom 11.–14. März 2020 in New Orleans, USA

Infos unter <https://www.srnt.org>

Neue Publikationen

Hollands GJ, Naughton F, Farley A, Lindson N & Aveyard P (2019)

Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence

Cochrane Database Syst Rev 8: CD009164, DOI: 10.1002/14651858.CD009164.pub3

Hintergrund

Für pharmakologische Behandlungsmaßnahmen wie Nikotinersatztherapie (NET) liegen eindeutige Wirksamkeitsnachweise vor. Eine größere Adhärenz geht dabei mit einer größeren Wahrscheinlichkeit für langfristige Tabakabstinenz einher; in der täglichen Praxis allerdings werden diese medikamentösen Hilfen häufig in geringerer Dosis und für einen kürzeren Zeitraum genutzt als optimal wäre. Interventionen zur Verbesserung der Medikamenten-Adhärenz fokussieren auf die Motivation zu deren Einnahme (wie z.B. Modifizierung von hinderlichen Einstellungen bezüglich der Bedeutung der Medikamentenanwendung) oder auf Unterstützung zur Überwindung von praktischen Schwierigkeiten mit der Medikamenten-Adhärenz. Ziel dieses Reviews war es, die Wirksamkeit von Interventionen zur Verbesserung der Medikamenten-Adhärenz zu ermitteln und die dadurch erzielte Tabakabstinenz mit Kontrollinterventionen im Sinne von „standard care“ zu vergleichen.

Methode

Für das Review wurde das Cochrane Central Register of Controlled Trials, die Register laufender und abgeschlossener wissenschaftlicher Studien (ClinicalTrials.gov und die WHO International Clinical Trials Registry Plattform) sowie die Datenbanken MEDLINE, Embase und PsycINFO durchsucht. Die Suche wurde Ende August 2018 durchgeführt. Inkludiert

wurden – wie bei Cochrane Reviews üblich – nur randomisiert-kontrollierte Studien mit einem Nachbefragungszeitraum von mindestens sechs Monaten. Die Art der Intervention wurde in Anlehnung an den Perceptions and Practicalities Approach (PAPA) kategorisiert. Danach kann geringe Adhärenz in Abhängigkeit von individuellen Motiven und Fähigkeiten sowohl intentional als auch nichtintentional sein. Hier spielen einerseits Wahrnehmungen, Überzeugungen, Kognitionen, Bedenken und Vorlieben eine Rolle, andererseits auch praktische Faktoren wie Ressourcen, Grad von Unterstützung für die richtige Nutzung und sonstige Kompetenzen. All diese Faktoren können durch Interventionen zur Verbesserung der Adhärenz angesprochen werden. PAPA betont zudem die Bedeutung einer „patientenzentrierten“ Vorgehensweise, in der Interventionen an die Bedarfe, Einstellungen und Verhaltensweisen von Patienten angepasst werden. Die klassische Standard-Vorgehensweise wäre dagegen eher direktiv und „behandlerzentriert“.

Ergebnisse

Berücksichtigt werden konnten schließlich 10 Studien mit 12 Vergleichen und 3 655 randomisierten Teilnehmern, wobei seit dem letzten Review lediglich zwei neue Arbeiten dazugekommen waren. In acht Studien wurden Teilnehmer aus der Allgemeinbevölkerung, in zwei Studien komorbide Teilnehmer rekrutiert (erektile Dysfunktion bzw. HIV). Sieben der Studien stammten aus den USA, zwei aus Hongkong und eine aus dem UK. Die Interventionen wurden in neun der 10 Studien zumindest teilweise in einem persönlichen Kontakt, in der verbleibenden Studie ausschließlich telefonisch vermittelt.

In allen Untersuchungen wurden pharmakologische Behandlungen und ein gewisses Maß von Unterstützung zur Verhaltensänderung angeboten (ohne einen Schwerpunkt auf Adhärenz für die Teilnehmer der Kontrollgruppen). Die Inhalte der Interventionen wurden mit Referenz zu PAPA kategorisiert. Von den 12 Vergleichen des Reviews wurden bei drei Vergleichen der Impact von veränderten Wahrnehmungen bzw. Bewertungen und bei fünf Vergleichen die Auswirkungen verbesserter Praktikabilität der Medikamenten-Nutzung untersucht. Vier Vergleiche bezogen sich sowohl auf Wahrnehmungen als auch auf Praktikabilität. Erfasst wurde dabei auch, ob die jeweiligen Interventionen patientenzentriert oder nur standardisiert-behandlerzentriert dargeboten wurden. Neun Vergleiche wurden als patientenzentriert eingestuft; hier wurden Bedarfe und Einstellungen von Patienten erfasst und berücksichtigt. Interventionen in den jeweiligen Kontrollarmen variierten bezüglich ihrer Intensität von einer einmaligen, 16-minütigen Intervention, bis zu sieben wöchentlichen Sessions. Die eigentliche Intervention bestand meist in zusätzlichen Komponenten (zur sonstigen Beratung zur Verhaltensänderung) und bot Informationen zur Logik und Wichtigkeit einer ausreichend langen und richtig dosierten Medikamenten-Nutzung. Teilnehmer wurden weiterhin unterstützt, Strategien zu entwickeln, Probleme und Barrieren in Bezug auf die Medikamenten-Adhärenz zu bewältigen. Mehrheitlich bestand die Medikation in NET, in zwei Fällen handelte es sich um Bupropion, in einem Fall um Vareniclin. Eine beispielhafte Intervention für eine patientenzentrierte Intervention, bei der sowohl Wahrnehmungen/Bewertungen

als auch Praktikabilität thematisiert wurden, enthielt folgende Komponenten (Tucker et al. 2017): Die Motivation, Nikotin-pflaster zu verwenden, wurde mittels Abwägung von Pro und Contra im Rahmen einer Entscheidungswaage-Übung gestärkt. Realistische Wirkungserwartungen an das Nikotin-Pflaster wurden als Psychoedukation zum Ausmaß der Linderung von Entzugssymptomen und Rauchverlangen vermittelt. Es wurde weiterhin empfohlen, eine persönliche Strategie zur Erinnerung an den Wechsel des Pflasters durch die Koppelung an eine andere Tätigkeit wie Zähneputzen zu entwickeln. Individuell relevante Auslösereize für die Versuchung, das Pflaster nicht zu wechseln oder anzuwenden wurden identifiziert und Empfehlungen zu deren Vermeidung oder Bewältigung gegeben.

Adhärenz wurde mit unterschiedlichen Maßen gemessen: Als Prozentsatz oder absolute Menge eingenommener Medikation, als Anzahl von Einnahmetagen, oder Anteil von Tagen mit adhärenter Einnahme. In fünf Studien wurde Adhärenz dichotom erfasst (erfüllt vs. nicht erfüllt). Lediglich eine der inkludierten Studien wurde mit einem geringen, hingegen vier Studien mit einem hohen Bias-Risiko bewertet (meist wegen unvollständiger Outcome-Daten).

Eine Meta-Analyse mit allen zehn inkludierten Studien (zwölf Vergleiche) lieferte eine „moderate-certainty“-Evidenz, dass Interventionen zur Steigerung der Adhärenz zu leichten Verbesserungen führen im Sinne einer größeren Menge der genutzten Medikation: Die standardisierte Mittelwertdifferenz SMD lag bei 0,10 (KI 0,03–0,18). Dies entspricht einem Anstieg der genutzten Medikation über einen Zeitraum von vier Wochen um 3,9 % (KI 1,2 %–7,0 %).

In der Analyse von Subgruppen konnten keine signifikanten Subgruppeneffekte für das primäre Outcome identifiziert werden. Allerdings konnten eher schwache Hinweise gefunden werden, dass Interventionen mit einem Fokus auf Praktikabilität der Medikamenten-Nutzung wirksamer sein könnten (SMD 0,21, KI 0,03–0,38), wohingegen Interventionen mit einem Fokus auf Wahrnehmungen bzw. Bewertungen weniger wirksam scheinen (SMD 0,10, KI -0,03–0,24). Weiterhin hat es den Anschein, dass patientenzentrierte Vorgehensweisen wirksam seien, klassisch-behandlerzentrierte Vorgehensweisen dagegen eher nicht.

Die Studien, die auch kurz- oder längerfristige Rauchabstinenz ermittelten, fanden keine klare Evidenz für einen Nutzen der oben beschriebenen Interventionen (RR nach sechs Monaten oder länger 1,16, KI 0,96–1,40). Anlässlich der methodischen Probleme kann sich diese Bewertung durch weitere Forschung in diesem Bereich noch ändern. Es gab keine Hinweise, dass sich durch Interventionen zur Steigerung der Adhärenz Nebenwirkungen der Medikation häufen würden.

Diskussion

Die Autoren bewerten die Evidenz, dass sich die Medikamentenadhärenz durch gezielte Interventionen leicht verbessern lässt, als „evidence of moderate certainty“. In Bezug auf eine Steigerung der Rauchabstinenz durch solche Interventionen bewerten die Autoren diese als „low-certainty evidence“.

Wenn man die geringe statistische Effektstärke in ein metrisches Maß überträgt, ist von einem Effekt in der Größenordnung von 4 % zusätzlich genutzter Medikation auszugehen. Schätzungen gehen davon aus, dass jedes zusätzlich genutzte Milligramm an NET pro Tag die Wahrscheinlichkeit für Abstinenz um 5 % steigern könnte, so dass ein zwar kleiner, aber nennenswerter Nutzen entsteht (entsprechend einem zusätzlichen Milligramm bei einer Ausgangsdosis von 25 mg/Tag). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass der Zusammenhang „größere Adhärenz = bessere Abstinenzchancen“ für alle Formen medikamentöser Unterstützung gelten dürfte, da Medikation nicht wirken könne, wenn sie nicht genutzt wird. In Anbetracht der großen Verbreitung medikamentöser Hilfen insbesondere in den Industrieländern hätte auch ein kleiner Zusatzeffekt einen großen Impact.

Die inhaltliche Ausgestaltung dieser Interventionen sollte sorgfältig bedacht werden: Die Überwindung anwendungspraktischer Barrieren (im Unterschied zu Barrieren durch Einstellungen) und die Berücksichtigung der Bedarfe der Patienten oder eine Kombination dieser beiden Fokusse dürften am effektivsten ein.

An Implikationen für die Praxis wurden genannt: bereits mit einer kurzen zusätzlichen Beratung zur Nützlichkeit einer gemäßen Medikamentendosis kann die Adhärenz gesteigert werden; Voraussetzung dafür ist, dass die Patienten zumindest ein gewisses Maß von Unterstützung zur Verhaltensänderung erhalten. Keine Aussagen können getroffen werden bei Patienten, die keinerlei Beratung in Anspruch nehmen oder für Populationen, in denen die Adhärenz insgesamt gering ist.

Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD & Aveyard P (2019)

Motivational interviewing for smoking cessation

Cochrane Database Syst Rev 7: CD006936, DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub4

Hintergrund

Motivational Interviewing (MI) ist aus der modernen Tabakentwöhnung kaum mehr wegzudenken. Die grundlegenden Elemente von MI lauten: Empathie zeigen, Diskrepanzen zwischen den eigenen Lebenszielen und dem aktuellen Konsum offenlegen, Zuversicht stärken und Widerstand aufnehmen. Die Cochrane Tobacco Addiction Group hat auch hierzu ein jüngst aktualisiertes Review vorgelegt. Die vorgehende Version dieses Reviews (Lindson-Hawley et al. 2015) ergab einen moderaten, aber signifikanten Anstieg der Ausstiegsrate, wenn MI eingesetzt wurde (im Vergleich zu einer Kurz- oder Standardintervention). Das Problem bei dem vorangegangenen Review war aber, dass Studien mit unterschiedlichen Vergleichsbedingungen gepoolt wurden und die spezifischen Effekte von MI nicht isoliert betrachtet wurden. Aus diesem Grund wurden auch die Inklusionskriterien überarbeitet und eine Reihe aussagekräftiger Vergleiche berechnet.

Methode

Für das vorliegende Update wurden u.a. das Cochrane Tobacco Addiction Group Specialized Register, laufende und abgeschlossene Studien und die einschlägigen Datenbanken durchsucht. Obwohl es sich hier um ein Update eines früheren Reviews handelt, wurde eine Vollsuche durchgeführt, um den neuen Inklusionskriterien gerecht zu werden. Der Interventionsarm musste MI enthalten, auch als Teil einer Multi-Komponenten-Intervention, wenn diese Komponenten auch im Kontrollarm vermittelt wurden. Die Vergleichsbedingungen konnten bestehen in

- 1) keiner spezifischen Entwöhnungsbehandlung
- 2) einer anderen Form von Tabakentwöhnungsbehandlung
- 3) MI als zusätzliche Komponente
- 4) einer anderen Art von MI, z.B. mit geringerer Intensität

Ergebnisse

Berücksichtigt werden konnten schließlich 37 Trials mit mehr als 15000 Studienteilnehmern, wobei eine Studie nur für die narrative Synthese herangezogen wurde. Die Trials stammten aus Australien (zwei), Brasilien (zwei), USA (28), sowie China, Indien, Südafrika, Spanien und UK (je eine). Bei den Studienteilnehmern handelte es sich überwiegend um solche mit bestimmten Merkmalen, meist rekrutiert in Populationen, die weniger stark auf der Suche nach professioneller Unterstützung zum Rauchstopp waren als die Allgemeinbevölkerung. Auch wenn in einigen Studien rauchende Personen rekrutiert wurden, die ausstiegswillig oder eben nicht ausstiegswillig waren, stammte die Mehrzahl der Studienteilnehmer aus Populationen ohne bestimmte Voraussetzung bezüglich ihrer Ausstiegs motivation. Die MI-Intervention wurde in einer bis zwölf Sitzungen durchgeführt; die Interventionszeit insgesamt betrug zwischen fünf bis 315 Minuten. Die jeweiligen Behandlungspersonen waren Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen, Tabakentwöhnungsexperten oder Lientherapeuten.

Das Bias-Risiko wurde bei vier Trials als niedrig, in elf als hoch eingestuft. Die häufigsten Bias-Probleme bestanden in Bezug auf die Verblindung des Outcome-Assessment. Eine Einschränkung der Analyse auf Studien mit geringem oder unklarem Bias-Risiko hatte jedoch keinen entscheidenden Einfluss auf die Resultate.

Bei 17 der 37 Studien wurde MI in face-to-face Sitzungen vermittelt, in zwölf weiteren durch eine Kombination von face-to-face und Telefonberatung; in sechs Trials kam ausschließlich Telefonberatung zum Einsatz.

Zu den Ergebnissen im Einzelnen:

MI versus keine Entwöhnungsbehandlung: Von ursprünglich fünf Trials musste angesichts großer Heterogenität eines mit einem starken positiven Effekt ausgeschlossen werden. In diesem Trial bestand die Studienpopulation aus inhaftierten männlichen Rauchenden, was sich mit großer Wahrscheinlichkeit auf die Dropout-Rate und (geringe) Ausstiegs wahrscheinlichkeit der Kontrollgruppe auswirkte. In den anderen Studien konnte kein Nachweis für die

Wirksamkeit von MI erbracht werden (Risk Ratio RR 0,84, KI 0,63–1,12; N=684).

MI als zusätzliche Komponente: Hier gab es ebenfalls keine eindeutigen Ergebnisse. Eine zusätzlich zu anderen Behandlungsformen offerierte MI-Intervention konnte die Effekte anderer Behandlungsformen nicht weiter verbessern (RR 1,07, KI 0,85–1,36; N=4167).

MI versus andere Formen von Tabakentwöhnungsbehandlungen: Auch wenn die Punktschätzung auf den ersten Blick eine Überlegenheit von MI im Vergleich zu andere Tabakentwöhnungsbehandlungen vermuten ließ, kann anlässlich des Konfidenzintervalls weder ein Nutzen noch ein Schaden von MI ausgeschlossen werden (RR 1,24, KI 0,91–1,69; N=5192).

Die beiden letzten Wirksamkeitsschätzungen wurden wegen großer Heterogenität und Ungenauigkeiten als „low certainty“ eingestuft.

MI mit unterschiedlicher Intensität: Mit geringer Evidenz konnte eine Überlegenheit von MI mit höherer Intensität versus MI mit geringerer Intensität (RR 1,23, KI 1,11–1,37; N=5620) nachgewiesen werden. Die eingeschränkte Evidenz war auf das Bias-Risiko in drei der fünf hier gepoolten Studien zurückzuführen. Wenn diese drei Studien exkludiert wurden, ergab sich lediglich ein RR von 1,00 (KI 0,65–1,54; N=482) und eine entsprechend geänderte Interpretation der Ergebnisse.

Weitere Ergebnisse: Ein möglicher Einfluss von MI auf psychische Gesundheit und Lebensqualität wurde in lediglich einer Studie untersucht. Zwar gab es in dieser Studie Hinweise, dass depressions- und posttraumatische Belastungsstörungsscores geringer ausfielen als in der Intervention ohne MI, jedoch wurde diese Evidenz als schwach bewertet.

Diskussion

Die Evidenzlage zur Beurteilung, ob MI wirksam ist, ist insgesamt schwach. Dies bedeutet in erster Linie, dass es weiterer Forschung bedarf, um eine eindeutige Einschätzung vorzunehmen, ob und inwieweit Therapieangebote auf Basis von MI in der Lage sind, rauchende Personen besser beim Rauchstopp zu unterstützen als andere Vorgehensweisen. Es hat den Anschein, dass intensivere, zeitlich längere Interventionen besser geeignet sind als kürzere Behandlungen, aber auch hierzu braucht es weitere Studien, um eine gesicherte Dosis-Wirkung nachweisen zu können. Die methodische Qualität der bisherigen Arbeiten wird als schwach bewertet, was mit dem Design der Studien, der Darstellung der Ergebnisse und der unzureichenden Menge an Daten begründet wird.

Es gibt ebenfalls keine klare Evidenz, inwieweit der Effekt von den Behandlungspersonen, dem Alter der Teilnehmer, deren Ausstiegsmotivation oder der Behandlungsmodalität (face-to-face oder andere Formen) moderiert wird.

Zwei ältere Reviews fanden einen signifikanten, wenn auch sehr geringen Effekt für MI in der Tabakentwöhnung. In dem vorliegenden Review wurden – im Unterschied zu den vorangegangenen – nicht alle Vergleiche zusammengefasst, sondern

in Abhängigkeit von der Art und Intensität der Vergleichsbedingungen in vier Gruppen aufgetrennt.

Außerdem wurde in einem der älteren Reviews ermittelt, dass die Ausgangsmotivation den Effekt von MI beeinflusst: Teilnehmende mit geringer Änderungsbereitschaft profitierten von einer MI-Intervention, wohingegen bei hochmotivierten Teilnehmenden kein signifikanter Effekt erzielt werden konnte.

Auch in der Tabakleitlinie wird darauf hingewiesen, dass es sehr schwierig ist, spezifische Effekte von einzelnen Komponenten einer multimodalen Tabakentwöhnungsbehandlung isoliert zu messen. Das Ergebnis des hier vorgestellten Reviews bedeutet deshalb nicht, dass es sinnvoll wäre, auf MI-basierte Interventionen zu verzichten; bei schwach motivierten Rauchenden ist MI eine Strategie zur Anhebung der Veränderungsbereitschaft.

Kastaun S, Kotz D, Brown J, Shahab L & Boeckmann M (2019)

Public attitudes towards healthcare policies measures promoting tobacco cessation in Germany: results from the representative German Study on Tobacco Use (the DEBRA study)

BMJ Open 9: e026245, DOI: 10.1136/bmjopen-2018-026245

Hintergrund

Erstattungsregelungen für Behandlungsmaßnahmen der Tabakabhängigkeit haben einen Einfluss auf deren Nutzung. In der Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle (FCTC) wird gefordert, dass Ausstiegsberatung und medikamentöse Therapien möglichst kostenfrei oder zumindest kostengünstig erhältlich sein sollten. In Deutschland ist die medikamentöse Unterstützung der Tabakentwöhnung ungeachtet der anhaltend hohen Prävalenz des Rauchens weiterhin von der Erstattung ausgenommen. Tabakabhängigkeit stellt jedoch eine behandlungsbedürftige Suchterkrankung dar, aus der sich eine Erstattungspflicht seitens der Gesetzlichen Krankenversicherung ergibt. Ziel dieser Arbeit war es, die Akzeptanz vier unterschiedlicher Regelungen zur Ausbildung von Behandlern und Erstattung von Behandlungen in der deutschen Bevölkerung zu ermitteln.

Methode

Im Rahmen der DEBRA-Studie, einer repräsentativen deutschlandweiten Befragung von Personen im Alter von 14 Jahren oder älter (s. auch Newsletter 67 vom Juli 2017) wurden in der zweiten Befragungswelle (August/ September 2016) insgesamt 2.087 Personen nach ihrer Zustimmung zu vier Vorschlägen zu möglichen Regelungen für Tabakentwöhnungsmaßnahmen gefragt. Die vier Vorschläge wurden in Anlehnung an die Smoking Toolkit Study formuliert, einer methodisch vergleichbaren Befragung in England. Die Teilnehmer wurden gefragt, ob sie (a) sehr dafür sind, (b) eher dafür sind, (c) unentschieden sind, (d) eher dagegen sind, (e) stark dagegen sind oder (f) keine Antwort geben wollen. Die Antworten wurden gruppiert in Zustimmung (a und b), Ablehnung (d und e), unentschieden (c) und keine Antwort (f). Für

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:

PD Dr. Ute Mons

Redaktion:

PD Dr. Ute Mons, Dipl.-Psych. Peter Lindinger,
Prof. Dr. Anil Batra, Dr. Wilfried Kunstmann

die Regressionsanalysen wurden die Antworten noch dichotomisiert (Zustimmung oder Ablehnung). Die vier Vorschläge lauteten:

- 1) „Jeder Raucher sollte Unterstützung beim Rauchstopp erhalten, wenn er das will, und wenn diese Unterstützung (mit Medikamenten oder Beratung) bewiesen wirksam ist, sollten die Kosten dafür vollständig erstattet werden.“
- 2) „Es sollte sichergestellt werden, dass alle Gesundheitsberufe darin geschult sind, Raucher beim Rauchstopp zu unterstützen.“
- 3) „Unterstützung beim Rauchstopp sollte fester Bestandteil der Behandlung von Rauchern mit anhaltenden körperlichen Gesundheitsproblemen wie Herz-Kreislauf- oder Atemwegserkrankungen sein.“
- 4) „Unterstützung beim Rauchstopp sollte fester Bestandteil der Behandlung von Rauchern mit psychischen Problemen wie Depression oder Schizophrenie sein.“

Ergebnisse

Die befragten Personen waren durchschnittlich 51,8 Jahre alt; 52 % waren Frauen. 53,7 % hatten nie geraucht, 17,9 % waren ehemalige und 28,4 % gegenwärtige Raucher. Alle vier Regelungen erhielten mehrheitlich Zustimmung durch die Befragten: Die gewichteten Zustimmungsraten waren mit 68 % am höchsten für Regelung 3 (Unterstützung von Rauchern mit anhaltenden körperlichen Gesundheitsproblemen). 62 % stimmten zu, dass Gesundheitsberufe für Tabakentwöhnung geschult sein sollten, 52 % waren für eine vollständige Kostenersatzung für Behandlungen und die Hälfte der Befragten befürworteten auch die Unterstützung von Rauchern mit psychischen Problemen. Wenn nur die Antworten von gegenwärtig rauchenden Befragten berücksichtigt wurden, änderte sich an der mehrheitlichen Zustimmung zu den Regelungen insgesamt nichts: 66 % waren für eine Unterstützung von Rauchern mit anhaltenden körperlichen Gesundheitsproblemen. Hingegen gab es in dieser Subgruppe nur 54 % Zustimmung, dass Gesundheitsberufe für Tabakentwöhnung geschult sind.

Soziodemographische und rauchanamnestische Merkmale hatten keinen konsistenten Einfluss auf das Maß von Zustimmung, mit Ausnahme von Geschlecht und Rauchstatus: Männliche Befragte tendierten zu geringerer Zustimmung bezüglich einer vollständigen Kostenerstattung (Odds Ratio OR 0,80, KI 0,66–0,97). Das Haushaltseinkommen hatte hier keinen Einfluss. Training von Gesundheitsberufen (Regelung 2) wurde von ehemaligen oder Nie-Rauchern stärker befürwortet als von gegenwärtig Rauchenden (OR 1,43, KI 1,07–1,92 bzw. OR 1,43, KI 1,14–1,79). Auch bezüglich Regelung 3 (Unterstützung von Rauchern mit körperlichen Gesundheitsproblemen)

gab es weniger Zustimmung durch männliche Befragte (OR 0,74, KI 0,60–0,91). Unterstützung von Rauchern mit psychischen Problemen fand bei ehemaligen Rauchenden größere Zustimmung als bei gegenwärtig Rauchenden (OR 1,39, KI 1,11–1,73). Bezüglich dieser Regelung gab es auch eine sozioökonomische Auffälligkeit: Unter den Befragten mit einem Haushaltseinkommen von unter 1000 €/Monat gab es häufiger Zustimmung als in der Gruppe mit dem höchsten Haushaltseinkommen (> 5 000 €): OR 2,07 (KI 1,29–3,31).

Wenn nur die aktuell Rauchenden berücksichtigt werden, konnte ein Zusammenhang zwischen der Ausstiegsmotivation und der Zustimmung zu Regelung 2 (Training) ermittelt werden: Je größer die Motivation, desto stärker die Zustimmung (OR 1,20, KI 1,04–1,40).

Diskussion

Insgesamt gibt es in Deutschland eine breite Zustimmung in der Bevölkerung für Maßnahmen, die eine Behandlung der Tabakabhängigkeit leichter zugänglich und besser erschwinglich machen würden. Für zwei der vier vorgeschlagenen Regelungen ist die Zustimmung unter Nichtrauchern größer als die der gegenwärtig Rauchenden. Männer stimmen in geringerem Maße zu als Frauen; sozioökonomische Merkmale scheinen für die Zustimmung nicht von großer Bedeutung zu sein. Unterstützung für Raucher mit chronischen körperlichen Erkrankungen erhält mehr Zustimmung als Unterstützung von Rauchern mit psychischen Problemen, wobei Befragte mit einem geringen Haushaltseinkommen für Unterstützung dieser Zielgruppe höhere Zustimmungswerte zeigten. Für diesen letzten Zusammenhang muss auf die höhere Prävalenz von Rauchen und psychischen Erkrankungen bei niedrigem sozioökonomischem Status hingewiesen werden. Zudem könnte hier die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen eine Rolle spielen.

Aktuell Rauchende stimmen einem systematischen Training von Gesundheitsberufen für Tabakentwöhnung dann stärker zu, wenn ihre Ausstiegsmotivation größer ist. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit, spezifische Trainingsmaßnahmen in die Ausbildung von Gesundheitsberufen zu integrieren. Hier wären auch die Einschätzungen der Gesundheitsberufe selbst zu den hier vorgestellten Regelungen von Interesse.

Die Behandlung der Tabakabhängigkeit als Bestandteil der Standardversorgung für Patienten mit körperlichen und psychischen Erkrankungen zu integrieren entspricht einer Praxis, die sich in Ländern wie dem Vereinigten Königreich erfolgreich bewährt hat. Entsprechende Empfehlungen finden sich auch in den deutschen Leitlinien.