



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

**Nr. 47
Mai
2012**

Editorial

Jubiläen und runde Jahrestage bieten Anlass für allerlei Feierlichkeiten, aber auch Gelegenheit zur Sammlung und Bewertung einer Entwicklung des zurückliegenden Zeitraums. In der Zeitschrift „Tobacco Control“, die im März 2012 mit einer 300 Seiten starken Sonderausgabe ihr 20. Erscheinungsjahr feierte, ging Shu-Hong Zhu von der University of California San Diego und Principal Investigator der California Smokers' Helpline der Frage nach, wie viel Fortschritt in diesem Zeitraum in Bezug auf Tabakentwöhnung auf Bevölkerungsebene in den USA zu verzeichnen war (1). Um einen nennenswerten Effekt zu erzielen, reichen hohe Langzeitabstinenzquoten nicht aus; die Intervention muss auch einen großen Anteil der rauchenden Bevölkerung erreichen.

Traditionell hat sich die Forschung auf die Entwicklung möglichst wirksamer Behandlungsangebote konzentriert, in der Annahme, dass Raucher solche neuen und wirksamen Tabakentwöhnungsangebote verstärkt nutzen. Die in klinischen Studien ermittelte Wirksamkeit lässt sich dann auf der Bevölkerungsebene abbilden, wenn möglichst viele Raucher für die Intervention gewonnen werden. Echte Fortschritte sind jedoch nicht zu vermelden: Die jährliche Ausstiegsquote in dem Zeitraum 1991 bis 2010 betrug durchschnittlich 4,4 %. In der ersten Dekade lag sie bei 4,7 %, in der zweiten bei 4,2 %. Obwohl viele US-Bundesstaaten erst ab dem Jahr 2000 Tabakkontrollprogramme aufgelegt haben, war also kein Anstieg erkennbar. Dieses etwas überraschende Ergebnis kann nicht durch geringe Nutzung der Ausstiegsangebote erklärt werden; die Inanspruchnahme medikamentöser Therapien nahm nämlich stark zu (von etwa 5 % in 1992 auf 22 % in 2000 und 31,2 % in 2010). Diese stärkere Nutzung korrespondiert jedoch nicht mit einer entsprechenden Zunahme der Ausstiegsrate. Eine ähnliche Beobachtung wurde auch in Großbritannien gemacht, wo ein massiver Anstieg der Verwendung medikamentöser Hilfen nicht mit einer entsprechenden Zunahme der Ausstiegsrate einherging. Wer nun vermutet, dass dies daran liege, dass intensive Ausstiegsangebote nicht der richtige Weg seien (s. Chapman & MacKenzie, Newsletter Nr. 40 vom Mai 2010) und es

Inhaltsverzeichnis:

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
Rückblick: Weltkonferenz in Singapur und WAT-Tagung in Frankfurt	3
Stellungnahme von Prof. Dr. Batra zu Alpert et al. (2012)	5

dazu in erster Linie verhältnispräventiver Maßnahmen bedürfe (Erhöhung der Tabaksteuer, Ausweitung rauchfreier Bereiche), muss zur Kenntnis nehmen, dass auch diese Maßnahmen keinen nachweisbaren Effekt auf die bevölkerungsweite Ausstiegsrate hatten, obwohl sie in der zweiten Untersuchungsdekade sehr forciert wurden. Möglicherweise haben Interventionen auch unbeabsichtigte Konsequenzen: Eine übermäßige Bewerbung von (pharmakologischen) Interventionen könnte dazu führen, dass Raucher meinen, ohne Hilfsmittel nicht aufhören zu können, was zu einer verminderten Selbstwirksamkeit und darüber zu geringeren Grund-Ausstiegsrate führen könne. Ähnliche unbeabsichtigte Konsequenzen sind auch für Steuererhöhungen vorstellbar: Diejenigen, die aufgrund höherer Steuern und Kosten den Konsum reduzieren, könnten das Gefühl haben, bereits etwas unternommen zu haben und weniger an einem Rauchstopp interessiert sein.

Zhu stellt nicht in Abrede, dass verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen die Rauchprävalenz und den Konsum insgesamt senken, weist aber darauf hin, dass die Rate der Ausstiegsversuche trotz aller Anstrengungen seit 20 Jahren stabil geblieben ist. Diese Rate stelle einen besseren Indikator für den Rauchstopp auf Populations-ebene dar als die Nutzung von Ausstiegshilfen und könnte auch die Stagnation der jährlichen Ausstiegsquote erklären.

Die Bedeutung von Ausstiegsversuchen ist offensichtlich: Raucher müssen erst einen solchen unternehmen, bevor sie aufhören. Allerdings hat sich die Tabakentwöhnungsforschung derart auf die Entwicklung von Behandlungsangeboten versteift, die die Ausstiegschancen im Falle eines Ausstiegsversuchs erhöhen, dass

1 Zhu SH, Lee M, Zhuang YL, Gamst A & Wolfson T (2012) Interventions to increase smoking cessation at the population level: how much progress has been made in the last two decades? Tobacco Control, 21:110-118. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050371

dabei die Fragestellung übersehen wurde, wie insgesamt mehr und häufigere Ausstiegsversuche erzielt werden können. Zhu hat bereits früher darauf hingewiesen, dass eine Zunahme von Ausstiegsversuchen die jährliche Ausstiegsrate in einer Population stärker beeinflusst als eine Steigerung der Erfolgsrate dieser Ausstiegsversuche.

In dieser ersten Ausgabe für das Jahr 2012 wollen wir etwas ausführlicher auf die Weltkonferenz „Tobacco or Health“ eingehen und kurz auf die Frühjahrs-Tagung des WAT zurückblicken. Aufgrund dieser umfangreicheren Berichte kann die Vorstellung weiterer aktueller Publikationen erst wieder im nächsten Newsletter erfolgen. Dafür gibt es eine Stellungnahme von Prof. Batra zu einer Studie zur (Un-)Wirksamkeit von Nikotinersatztherapie als Rückfallprophylaxe, die bereits in den Medien für Aufregung gesorgt hat.

Wie gewohnt informieren wir Sie aber auch hier über die Fortbildungs- und Veranstaltungstermine bis zum Sommer 2012.

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

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

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe

1. 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: 13.07.-14.07.2012. Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen. Information und Anmeldung: Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen, Tel.: 07071/2982313, Fax: 07071/295384 oder such@med.uni-tuebingen.de.

2. Kursleiterschulung für das „Rauchfrei Programm“ des IFT und der BZgA durch das Institut für Therapie-forschung München

Termine Standardschulung (38 Unterrichtsstunden): Berlin 16.04.-20.04.2012; (verkürzt): Dresden, 05.05.-06.05.2012; Lübeck, 23.06.-24.06.2012. Die verkürzten Schulungen in Dresden und Lübeck richten sich an Personen mit psychotherapeutischen

Zusatzqualifikationen. Infos unter <http://www.rauchfrei-programm.de/schulung.htm>; Anmeldung bei braun@ift.de; Tel.: 089/360804-91, Fax: 089/ 360804-98.

3. Curriculum Tabakentwöhnung der Bundesärztekammer

Die Qualifikationsmaßnahme für Ärzte hat einen Umfang von 20 Stunden und kombiniert in einem „Blended Learning“-Format zwei Präsenzeinheiten (insgesamt 12 Stunden) mit online-gestütztem, tutoriell begleitetem Selbststudium (8 Stunden). Die nächsten Termine: Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung: Einführung 13.06.2012; Abschlussveranstaltung 30.06.2012. Weitere Auskünfte unter Tel.: 030/400456412 oder cme@baek.de.

4. 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 (6 Sitzungen innerhalb von 14 Tagen + 2 Stabilisierungssitzungen 3 und 6 Wochen nach Kursende). Die Kurse sind von allen gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. Termin: 29.06.-30.06.2012. Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089/68999511.

5. Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen richtet Schulungen zum „Das ABC der Raucherberatung & Fax-to-Quit“ für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe aus.

Termine: 26.04.2012 in Rostock. Aufbau-tage 27.04.2012 in Berlin, 22.05.2012 in Rostock. Auskünfte und Anmeldung unter www.dnrkf.de/schulungsangebote und im DNRfK-Büro, Pettenkoferstrasse 16-18, 10247 Berlin, Tel.: 030/49855691 oder nehrkorn@healthcare-plus.net.

6. Die Deutsche Psychologen Akademie bietet vom 23.05.-25.05.2012 in Berlin das 20stündige „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. an.

Infos und Anmeldung unter <http://www.dpa-bdp.de/veranstaltungen.html> oder bei l.krueger@dpa-bdp.de; Tel. 030/209166314, Fax: 030/209166316.

Kongresse/Tagungen

National:

- Fachtagung zur Tabakentwöhnung des IFT München: Aktuelle Fragen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse vom 11.05.-12.05.2012. Programm und Infos

unter http://www.rauchfrei-programm.de/images/Einladung_Fachtagung_RFP_2012.pdf.

- 17. Hamburger Suchttherapietage vom 29.05.-01.06.2012. Schwerpunktthema „Sucht und Politik“. Programm und Infos unter <http://www.suchttherapietage.de>.
- 5. Deutscher Suchtkongress in Berlin vom 03.06.-06.10.2012. Anmeldung und Infos unter www.deutscher-suchtkongress2012.de.

International:

- 14. Annual Meeting der Society for Research on Nicotine and Tobacco Europe (SRNTE) findet vom 30.08.-02.09.2012 in Helsinki, Finnland statt. Deadline für die Einreichung von Abstracts ist der 27.04.2012. Programm und Anmeldung: <http://www.srnteurope.org/2012>.

Rückblick: Weltkonferenz in Singapur und WAT-Tagung in Frankfurt

a) Die **15. Weltkonferenz „Tobacco or Health“** ging am 24. März 2012 in Singapur zu Ende. Angesichts des riesigen Programms (die Kongress-CD umfasst alleine 1350 Abstracts) konnte nur ein kleiner Teil der Veranstaltungen besucht werden (Peter Lindinger).

Die Konferenz hob sich deutlich von früheren Weltkonferenzen ab. Intensive klinische Therapien spielten in den Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung nur eine untergeordnete Rolle; in den entsprechenden Beiträgen standen stattdessen Kurzinterventionen auf breitest denkbarer Basis im Fokus – Weiterbildungsstandards, routinemäßige Ansprache in Gesundheitseinrichtungen, telefonische Beratung, gemeindeorientierte Maßnahmen unter Einbeziehung der Zivilbevölkerung sowie webbasierte, SMS- und Smartphone-Interventionen. Neueste Forschungsberichte zu pharmakologischen Therapiekomponenten fehlten ebenso wie die pharmazeutische Industrie. Als Sponsoren fungierte neben den großen Stiftungen die American Cancer Society, mit deren Unterstützung auch die 4. Ausgabe des Tabakatlas vorgestellt wurde.

Tabakentwöhnungsexperten kamen jedoch keinesfalls zu kurz; ihre Rolle als wichtige Akteure, die in Kooperation mit Akteuren aus anderen Bereichen zur Reduktion tabakbedingter Morbidität und Frühsterblichkeit beitragen, wurde angemessen gewürdigt. So erhielt Martin Rav, Mit-Autor der ersten englischen Leitlinie zur Behandlung der Tabakentwöhnung, einen Luther L Terry Award für seine Verdienste um Artikel 14 der Rahmenkonvention („Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und Aufgabe des Tabakkonsums“; s. Newsletter Nr. 44 vom Juli 2011). Dieser Artikel bietet eine differenzierte Grundlage für Tabakentwöhnungsmaßnahmen.

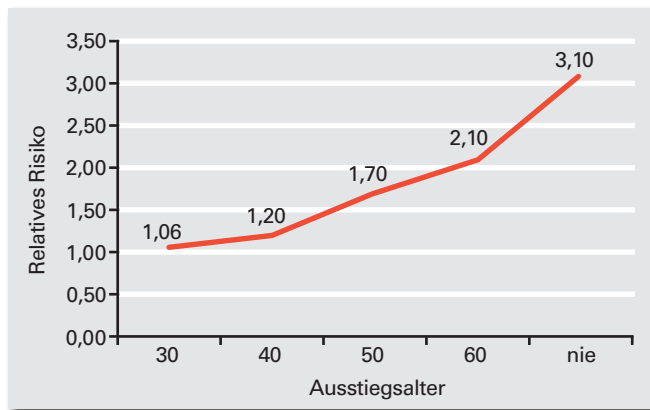
Nicht nur wegen des Veranstaltungsortes drehte sich die Konferenz hauptsächlich um die Fortschritte in den WHO-Regionen South-East Asia (u.a. mit Indien, Indonesien und Thailand) und Western Pacific (u.a. mit China, Australien, Neuseeland und Singapur). Vor dem Hintergrund, dass 48 % aller Zigaretten weltweit in der Western Pacific-Region, 37 % allein in China konsumiert werden, ist das mehr als verständlich.

Eine herausragende Protagonistin dieser Weltkonferenz war Margaret Chan, die Generaldirektorin der WHO. Sie formulierte die zwingende Verpflichtung und Notwendigkeit, in Zeiten wirtschaftlicher Unsicherheiten, einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung mit rapide zunehmenden Kosten für das Gesundheitswesen den Tabakkonsum als bedeutendste vermeidbare Ursache für Erkrankung und Tod in Angriff zu nehmen und ließ keinen Zweifel aufkommen, dass sie sich kompromisslos, aber nicht verbissen dafür einsetzen wird. Sie rief zum Schulterschluss mit der australischen Regierung auf, die sich derzeit massiver Angriffe der Tabakindustrie wegen der Einführung von Einheitsverpackungen („plain packaging“) mit bebilderten Warnhinweisen auf 75 % der Fläche erwehren muss. Ein Kurzinterview mit Simon Chapman zur Situation in Australien finden Sie, wenn Sie unter <http://what-matters.sydney.edu.au> für „plain packaging“ votieren.

Ein weiteres Highlight waren die Auftritte von Richard Peto, der seinen Vortrag über „New evidence on the benefits of cessation in developed countries“ im Rahmen eines Symposiums „Death and taxes“ mit seiner „take-home“



Botschaft eröffnete: In Frankreich wurde in den letzten 15 Jahren die Tabaksteuer um das Dreifache erhöht, was zu einer Halbierung des Zigarettenkonsums und einer Verdoppelung der Steuereinnahmen geführt habe. Peto ging in der Folge auf das Sterblichkeitsrisiko von Frauen in Abhängigkeit von Rauchverhalten und Ausstiegsalter ein, das im Rahmen der „Million Women Study“ ermittelt wurde und noch stärker als bei Männern durch den Rauchstatus bestimmt wird. So haben Raucherinnen, die bis zum 60. Lebensjahr rauchen und dann aufhören, ein 2,1faches Sterberisiko, bei fortgesetztem Rauchen ein 3,1faches (s. Graphik 1).



Grafik 1: Sterberisiko und Ausstiegsalter (relatives Risiko für Nichtraucherinnen = 1)

Um einen nennenswerten Prozentsatz der zu erwartenden tabakbedingten 450 Millionen Todesfälle bis zum Jahre 2050 zu verhindern, müsste die Tabakentwöhnung der derzeit rauchenden Erwachsenen forciert werden; die Verhinderung des Einstiegs bei Kindern und Jugendlichen würde sich in der Sterblichkeitsstatistik erst nach 2050 bemerkbar machen.

Ein Update der Zahlen zur tabakbedingten Mortalität vom März 2012 findet sich unter <http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/C4085.pdf>. Um an dieser Stelle einmal deutsche Zahlen aus diesem Update zu nennen: In 2009 waren 26 % der Gesamtmortalität in der Altersgruppe der 35 bis 69-Jährigen Männer und 17 % der 35 bis 69-Jährigen Frauen auf das Rauchen zurückzuführen.

In einigen Regionen wird bereits das „Endspiel“ für Tabakkonsum eingeläutet; Ideen dazu wurden sogar in einer Plenumsveranstaltung ausgetauscht. Stan Glantz von der University of California San Francisco gab auf der Grundlage der aktuellen Prävalenz in Kalifornien (etwas mehr als 10 %, davon konsumieren mehr als zwei Drittel weniger als 10 Zigaretten/Tag) die Prognose ab, dass es noch drei bis fünf Jahre brauche, den Tabakkonsum in Kalifornien auszulöschen. Um tatsächlich das Ziel einer rauchfreien Gesellschaft zu erreichen, müsse ein Systemansatz anstelle eines Individualansatzes gewählt werden. Eine Strategie könne darin bestehen, den Nikotingehalt von Zigaretten soweit zu reduzieren, dass keine Nikotinabhängigkeit mehr entstehen könne. Dazu müsse zunächst die genaue Schwelle für die Ausbildung einer Abhängigkeit ermittelt werden.

Neuseelands Regierung jedenfalls hat das Ziel formuliert, bis 2025 eine „smokefree nation“ zu sein. Dies soll unter anderem mit einer jährlichen Erhöhung der Tabaksteuer um mindestens 50 % erreicht werden. Die Vision einer rauchfreien Gesellschaft unterstütze Raucher beim Ausstieg und stelle somit auch eine Intervention per se dar. Vergleichbare europäische oder deutsche Visionen sind bislang nicht formuliert worden.

b) Die **13. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.** beschäftigte sich mit dem Thema „Tabakentwöhnung: Prävention

und Therapie des Tabakkonsums“. Nach der Begrüßung durch den Vorsitzenden Anil Batra (mit dem Hinweis auf die 14. Frühjahrstagung am 13.03.2013) berichtete Reiner Hanewinkel vom IFT-Nord über das Schulprogramm „Eigenständig werden“ zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Die Unterrichtseinheiten werden meist mit „gut“ bewertet, und die ersten Ergebnisse zu Effektivität auf Rauchvariablen wie Wissen, Einstellungen, Widerstandsfähigkeit und Risikowahrnehmung sprechen für die Wirksamkeit des Programms, auch wenn die Effektgrößen z.T. gering und Decken- oder Bodeneffekte auf Grund niedriger Prävalenzen nicht auszuschließen sind. Björn Riegel von der Universität Hamburg stellte den aktuellen Stand einer Therapiestudie aus Tübingen und Hamburg zur vergleichenden Wirksamkeit eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen und eines hypnotherapeutischen Tabakentwöhnungsprogramms vor. Ergebnisse zur Wirksamkeit liegen noch nicht vor; bislang lässt sich sagen, dass die Studienpopulation durch höhere Bildung auffällt, ohne dass dadurch die Repräsentativität leidet. Die rekrutierten Raucherinnen und Raucher (> 60 %) hatten mehrheitlich ein hypnotherapeutisches Entwöhnungsangebot bevorzugt.

Joachim Körkel, Evangelische Hochschule Nürnberg, ging der Frage nach, inwieweit ein kontrollierter oder reduzierter Tabakkonsum Sinn ergibt. Sein Fazit lautete, dass mit Reduktionsprogrammen mehr Raucher erreicht werden können, und diese Programme deutliche Konsumreduktionen und Übergänge zur Tabakabstinenz bewirken können, ungeachtet der unklaren langfristigen Folgen des Weiterrauchens. In einem Update zu „Medikamentösen Behandlungsstrategien“ ging Thomas Hering aus Berlin zunächst auf die E-Zigarette ein und bewertet diese als nicht geeignet zur Tabakentwöhnung. Als kostengünstige Alternative zu den etablierten Pharmakotherapien stehe der Wirkstoff Cytisin zur Verfügung (s. dazu auch Newsletter Nr. 45 vom Oktober 2011). Abschließend nahm er eine Bewertung von Meldungen über unerwünschte Nebenwirkungen von Vareniclin und die daraus resultierende Nutzen-Risiko-Relation vor. Ulf Ratje ging aus Sicht eines engagierten Allgemeinarztes der Frage nach, ob Raucherentwöhnung in der Praxis Prävention oder Therapie sei. Um Therapie in der Raucherentwöhnung handle es sich dann, wenn eine Tabakabhängigkeit oder das Vorliegen tabakassoziierter Erkrankungen nachweisbar sind und die Suchttherapie das Ziel sei, um ein Neuauftreten oder eine Verschlechterung bestehender tabakabhängiger Erkrankungen zu vermeiden. Christa Rustler, Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen, widmete sich der Beratung von Rauchern im stationären Setting. Systematische Tabakentwöhnungsangebote finden sich vorwiegend in denjenigen Einrichtungen, die mind. 75 % der Standards des „ENSH Global Network for Tobacco Free Health Care“ erfüllen und entsprechend zertifiziert sind. An dieser Stelle sei noch einmal ein Hinweis auf die Weltkonferenz in Singapur erlaubt, wo als einer der nächsten Schritte auf dem Weg zu einem rauchfreien Neuseeland ab Juli 2012 95 % aller hospitalisierten Raucher ein Ausstiegsangebot erhalten müssen.

Stellungnahme von Prof. Dr. Batra zu Alpert et al. (2012)

Eine im Januar 2012 bei Tobacco Control online publizierte Studie von Alpert et al. (2) hat nicht nur in der Tagespresse für Aufsehen gesorgt, sondern auch eine breite wissenschaftliche Diskussion angeregt: Die Autoren bewerteten die Effektivität der Nikotinersatztherapie (NET) auf einer Datenbasis, die aus einem Studiensetting gewonnen wurde, das sich von üblichen placebokontrollierten Wirksamkeitsstudien erheblich unterscheidet: In einer prospektiven Kohortenstudie wurde die Rückfallhäufigkeit nach einem Abstinenzversuch in Abhängigkeit von der Anwendung einer NET in Verbindung mit oder ohne weitere professionelle Hilfen erfasst. Zu drei Zeitpunkten wurden Fragen zum Rauchverhalten und zur erreichten Abstinenz gestellt. Bei der ersten Nachbefragung zwei Jahre nach der ersten Erfassung von 4.991 Rauchern konnten 56 % der Stichprobe erreicht werden, bei der dritten Befragung nach weiteren zwei Jahren wurden noch 1.916 Personen kontaktiert (68 % der zweiten Befragungswelle). 787 Raucher berichteten anlässlich der ersten Befragung von einem Abstinenzversuch innerhalb der vorangegangenen zwei Jahre, weitere 364 Raucher gaben bei der zweiten Befragung an, zwischenzeitlich abstinent geworden zu sein. Eine systematische Erfassung soziodemographischer und rauchanamnestischer Daten sowie der Behandlungsmerkmale fand nicht statt.

Etwa ein Drittel aller Raucher, die den Tabakkonsum beendeten, wurden in der Folge rückfällig. Der Rückfall war nicht beeinflusst durch eine vorangegangene Nutzung einer NET von mindestens 6 Wochen Dauer und unabhängig von einer professionellen Unterstützung ($p=0.117$) oder dem Fehlen einer professionellen Unterstützung (0.159). Die Rückfallwahrscheinlichkeit war am höchsten bei ehemals abhängigen Rauchern, die eine NET ohne weitere therapeutische professionelle Unterstützung in Anspruch genommen hatten (OR 2.68). Da die Nutzung einer NET keinen protektiven Effekt auf die Rückfallwahrscheinlichkeit habe, kamen die Autoren zu dem Schluss, dass ein Ausbau der Finanzierung einer medikamentösen Therapie nicht zulasten anderer Versorgungsmaßnahmen erfolgen sollte.

Die berichteten Ergebnisse sind keineswegs spektakulär: Es ist bekannt, dass die NET (wie jede andere medikamentöse, aber auch psychotherapeutische Behandlungsform) im Praxisalltag zu schlechteren Ergebnissen führt, als dies aus kontrollierten Studien berichtet wird. Schon

Etter & Stapleton (2006) hatten gleichsinnige Rückfallraten nach Anwendung von NET und Placebo beobachtet, waren jedoch aufgrund der höheren Abstinenzquoten in der frühen Behandlungsphase bei Anwendung der Nikotinersatztherapie zu dem Ergebnis gekommen, dass die Nikotinersatztherapie auch langfristig die Abstinenz wirksam fördert.

Die Tagespresse berichtete ausführlich über die Ergebnisse dieser Untersuchung und wertete die Ergebnisse als Beleg für eine fehlende Wirksamkeit der medikamentösen Unterstützung mit Nikotinersatz.

Wie fehlerhaft diese Interpretation ist, zeigt auch die anschließende Diskussion in Fachkreisen, die in Tobacco Control veröffentlicht wurde: Kritische Stimmen befürchteten, aufgrund dieser Publikation könnte die bisher gut belegte Evidenz für die Wirksamkeit der Nikotinersatztherapie unzulässig in Frage gestellt werden. Berechtigte Kritik zielte auf die erheblichen methodischen Einschränkungen dieser Studie, die viele Anforderungen für randomisierte, kontrollierte Wirksamkeitsstudien nicht erfüllen kann. Den Autoren wird insbesondere vorgeworfen, dass sie den wesentlichen Unterschied zwischen einer klinischen Studie und populationsbasierten Untersuchungen nicht erklären. Sowohl die Selektivität der Stichprobe (selbstberichtete Abstinenz ohne Erfassung von Ein- und Ausschlusskriterien, unzureichende Beschreibung der Stichprobe, Durchführung in einem US-Bundesstaat, in dem sich die Raucherquote auf einem historischen Tiefpunkt von nur 16,1 % der erwachsenen Bevölkerung befindet, geringe Antwortquoten ohne objektive Überprüfung der Angaben) als auch die vergleichsweise geringe Stichprobengröße sowie inkonsistente Teilergebnisse schränken die Interpretierbarkeit der Ergebnisse ein. Die Studie berechnet insbesondere lediglich die relativen Rückfallraten in der Gruppe von Rauchern, die den Tabakkonsum aufgegeben hatten, ohne zu erfassen, ob dies mit oder ohne Hilfe der Nikotinersatztherapie erfolgt war.

In der Tat ist dieses Design ungeeignet, um die Wirksamkeit der NET zu beurteilen. Aus dieser einzelnen Studie mit einer kleinen Zahl von Rauchern abzuleiten, dass große Metaanalysen auf der Basis von zahlreichen prospektiven kontrollierten randomisierten klinischen Studien in Frage zu stellen seien, wird dem Stellenwert der medikamentösen Unterstützung nicht gerecht.

Diese Studie hat jedoch auch etwas erreicht: Eine offene Diskussion um die Wirksamkeit der verschiedenen Maßnahmen zur Unterstützung der Tabakentwöhnung und die Betonung der Bedeutung einer begleitenden psychotherapeutisch orientierten Unterstützung.

2 Alpert HR, Connolly GN & Biener L (2012) A prospective cohort study challenging the effectiveness of population-based medical intervention for smoking cessation. *TC Online First*, published on January 10, 2012 as 10.1136/tobaccocontrol-2011-050129 doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050129