



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

**Nr. 49  
November  
2012**

### Editorial

Es ist auf kardiologischen oder pulmologischen Stationen deutscher Kliniken noch lange nicht selbstverständlich, dass rauchenden Klinikpatienten auch nur eine kurze Tabakentwöhnungsmaßnahme angeboten wird. Im Unterschied hierzu werden in den USA Überlegungen angestellt, selbst auf Notfallstationen Interventionen zur Tabakentwöhnung systematisch zu implementieren. Aktuell wurden Patienten in der Notaufnahme von zehn medizinischen Zentren zu ihren Präferenzen bezüglich tabakbezogener Interventionen befragt (1). Jeder Neunte litt bereits an einer tabakassoziierten Erkrankung, und drei von vier Patienten bekundeten Interesse an einer Intervention. Medikamentöse Therapien waren unter den Befragten am populärsten, gefolgt von Telefon- oder anderen Beratungsdiensten außerhalb der Notaufnahme. Die Empfänglichkeit für eine Ausstiegsberatung war unter Männern, schlechter ausgebildeten Patienten und solchen mit tabakassoziierten Symptomen besonders groß. Immerhin jeder Dritte war für eine Beratung während des Aufenthalts in der Notaufnahme offen. Ein medizinischer Notfall scheint zumindest aus Patientensicht kein Hinderungsgrund für das Angebot einer Ausstiegsberatung zu sein!

Zu einem effektiven „policy mix“ der Tabakkontrolle gehören auch massenmediale Ausstiegskampagnen. Das Center for Disease Control and Prevention (CDC) hat im März 2012 eine 54 Millionen Dollar-Kampagne unter dem Motto „Tips From Former Smokers“ aufgelegt. Darin wurde u.a. gezeigt, wie ein 31-jähriger Mann mit Thrombangitis obliterans (Buerger-Syndrom) und beidseitig amputierten Unterschenkeln den Verlust seiner Gliedmaßen als Folge des Rauchens beschreibt oder Stoma-Patienten auf die Schwierigkeiten beim Duschen und Rasieren hinweisen. Erfolgreiche Ex-Raucher ermutigen die Zuschauer mit ihren Erfolgsgeschichten und fordern sie auf, alles zu unternehmen, um rauchfrei zu werden, egal wie lange oder wie viele Anläufe es braucht. Sie hätten es geschafft, und die Zuschauer könnten es auch schaffen. Die Kampagne lief über drei Monate und führte zu einer Verdoppelung von Anrufen bei den Telefonberatungen und Verdreifachung von Aufrufen der staatlichen Internetseite smokefree.gov. Mit Ende der Kampagne fiel die Nachfrage nach

### Inhaltsverzeichnis:

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

diesen Rauchstoppangeboten wieder auf das Ausgangsniveau zurück (2). Zum Vergleich: Die Kampagnen der Tabakindustrie werden mit einem täglichen Volumen von 27 Millionen Dollar kontinuierlich weitergeführt.

Es gibt erste Regulierungserfolge aus deutschen Ländern zu verkünden. Zigaretten, die eine mit Menthol gefüllte Aromakapsel enthalten („Click & Roll“-Technik), dürfen bei uns nicht verkauft werden, wie die 5. Kammer des Verwaltungsgerichts entschieden hat. Die Aromakapsel ist in den Zigarettenfilter integriert und kann vom Raucher durch Zerdrücken geöffnet werden. Dies führt dazu, dass Menthol freigesetzt und zusammen mit dem Rauch inhaliert wird. Das Produkt ist in mehreren EU-Staaten zugelassen. Ein Tabakunternehmen wollte erreichen, dass ihm der Verkauf auch in Deutschland gestattet wird. Dies lehnte das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit mit Verweis auf „zwingende Gründe des Gesundheitsschutzes“ ab. Die darauf erfolgte Klage des Zigarettenherstellers wurde ebenfalls abgewiesen. In dem Urteil wird ausgeführt, dass auch ohne vorliegende Studien zu einem erhöhten Gesundheitsrisiko die mit der Aromakapsel ausgestatteten Zigaretten nach den vorliegenden Erkenntnissen gefährlicher als Zigaretten herkömmlicher Art einzustufen seien und das Bundesamt sich zu Recht auf zwingende Gründe des Gesundheitsschutzes berufen habe. Eine Vermarktung verstoße gegen die u. a. im Rahmenübereinkommen (FCTC) der Weltgesundheitsorganisation WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs festgelegten Grundsätze, wonach die Attraktivität von Tabakprodukten nicht durch neuartige Produkte gesteigert werden solle. Die Aromakapsel-Technik biete die Möglichkeit, zunächst eine „ganz normale“ Zigarette zu rauchen und dies dann durch das Zerbrechen der Kapsel mit einem atemerfrischenden Mentholgeschmack zu beenden. Dieser Effekt

1 Choo EK, Sullivan AF, Lovecchio F, Perret JN, Camargo CA Jr & Boudreaux ED (2012) Patient preferences for emergency department-initiated tobacco interventions: a multicenter cross-sectional study of current smokers. *Addict Sci Clin Pract* 7(1): 4. Epub 2012 Mar 15.

2 Rigotti N & Wakefield M (2012) Real people, real stories: a new mass media campaign that could help smokers quit. *Ann Intern Med.* 25 September 2012

sei für Raucher attraktiv und begründe damit die Gefahr, dass Abhängigkeiten zumindest aufrechterhalten bleiben (s. dazu auch Band 17 der Roten Reihe: Mentholkapseln in Zigarettenfiltern – Erhöhung der Attraktivität eines gesundheitsschädlichen Produkts). Auch Gelegenheitsraucher, könnten durch diese Art der Zigarette abhängig werden. Besonders attraktiv sei die Zigarette für junge Raucher, die nach Äußerungen aus dem Herstellerunternehmen durch die Aromakapsel-Technik als Zielgruppe angesprochen würden (Urteil vom 26.9.2012, Aktenzeichen 5 A 206/11).

In der dritten Ausgabe 2012 unseres Newsletters wollen wir kurz auf den 5. Deutschen Suchtkongress zurückblicken, die nächsten Schritte in Richtung „rauchfreies Neuseeland“ aufzeigen sowie zwei aktuelle Publikationen vorstellen. Dabei geht es um die Implementierung sog. „Standard Operation Procedures“ zur Tabakentwöhnung im Göttinger Klinikum und die Effekte von internet- bzw. mobiltelefonbasierten Ausstiegsprogrammen bei unterschiedlich rekrutierten Rauchern.

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

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. Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen richtet aus: ABC der Raucherberatung für Rauchfrei-Coaches in der Justizvollzugsanstalt und Forensik**  
Termine: 22.11.2012 (Grundkurs) und 20.12.2012 (Aufbaukurs), Justizakademie Recklinghausen. Die Implementierung der Rauchfrei-Coaches wird vom Justizministerium Nordrhein-Westfalen gefördert. Des Weiteren: Einstiegseminar in Fax to Quit für Raucherberaterinnen und Raucherberater. Termin: 30.11.2012, Schwerin. Weitere Informationen unter <http://www.dnrk.de/termine0/> oder [meyer@rauchfrei-plus.de](mailto:meyer@rauchfrei-plus.de)
- 2. Kursleiterschulung für das „Rauchfrei Programm“ des IFT und der BZgA durch das Institut für Therapieforschung München**  
Termin: 19.11.2012-23.11.2012, Frankfurt. Infos unter <http://www.rauchfrei-programm.de>; Anmeldung bei [braun@ift.de](mailto:braun@ift.de); Tel.: 089/360804-91, Fax: 089/360804-98
- 3. 2-tägiges, durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. zertifiziertes Kursleiter-Seminar zur Durchführung von Tabakentwöhnungen in Gruppentherapie des Instituts**

### für Raucherberatung & Tabakentwöhnung Bayern (IRT Bayern)

Teilnehmer qualifizieren sich für die Leitung von Kursen nach dem Entwöhnungsprogramm des IRT Bayern. Die Kurse sind von allen gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. Termin: 16.11.2012-17.11.2012, Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089/68999511

### 4. 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“. Termin Aufbaumodul: 1.12.2012, Reutlingen. Akademie für Ärztliche Fortbildung, Bezirksärztekammer Südwürttemberg, Haldenaustr. 11, 72770 Reutlingen, Tel: 07121/917-2415 oder -2416. Weitere Auskünfte zum Curriculum und Terminen in 2013 unter Tel.: 030/400456412 oder [cme@baek.de](mailto:cme@baek.de)

### Kongresse/Tagungen:

#### National:

- 10. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle vom 5.12.2012-6.12.2012 im Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg. Anmeldung und Programm unter <http://www.tabakkontrolle.de>
- 18. Tübinger Suchttherapietage (mit Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung) vom 10.4.2013-12.4.2013. Programm per E-Mail [matthias.pfarr@med.uni-tuebingen.de](mailto:matthias.pfarr@med.uni-tuebingen.de) oder telefonisch bei Herrn Pfarr (07071/2983666)

#### International:

- Tagung der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention am 29.11.2012 in Bern, Schweiz. Themen: Rauchstopp und Tabakprävention bei Jugendlichen. Programm und Anmeldung unter <http://www.at-schweiz.ch>
- 19. Annual International Meeting der Society for Research on Nicotine and Tobacco Europe (SRNT) vom 13.3.2013-16.3.2013 in Boston, Massachusetts, USA. Infos unter <http://www.srnt.org/conferences>

### Vorträge und Folien zum Download:

Am 11. und 12. Mai 2012 fand im Institut für Therapieforschung in München eine Fachtagung zum Thema „Tabakentwöhnung – Aktuelle Fragen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse“ statt. Wer nicht teilnehmen konnte, hat die Möglichkeit, sich die Vorträge anzuschauen und die Folien hier herunterzuladen: <http://www.rauchfrei-programm.de/rauchfrei-werkstatt/fachtagung.html>

---

## News in Kürze

### a) Rückblick auf den 5. Deutschen Suchtkongress

Der 5. Deutsche Suchtkongress mit mehr als 650 Teilnehmenden fand vom 3. bis 6. Oktober 2012 in Berlin statt. Der Themenschwerpunkt Tabak war stärker als bei sämtlichen vorausgegangenen Suchtkongressen vertreten, was neben der zunehmenden Bedeutung dieser Thematik in der Suchtforschung sicher auch an den Arbeitsschwerpunkten der Kongressverantwortlichen lag. So beschäftigten sich vier Symposien, zwei Workshops sowie eine moderierte Postersession mit den Themen Tabakprävention, Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung.

Bereits am ersten Kongresstag fanden parallel zwei Symposien mit Bezug zum Thema Tabak statt: Während das Symposium zum Förderschwerpunkt Primärprävention der Deutschen Krebshilfe die alkohol- und tabakbezogene Prävention beleuchtete, wurde in der Veranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Nikotin- und Tabakforschung (DGNTF) ein kritischer Blick auf die Versorgungssituation in Deutschland geworfen. Unter dem Titel „Schlusslicht Deutschland – Nikotinsucht, Raucherentwöhnung und Lifestyle“ wurde in Einzelbeiträgen der Frage nachgegangen, ob es den gesunden Raucher wirklich gibt und worin die Besonderheiten des Nikotins im Vergleich zu Kokain bestehen. Mace Schuurmans aus Zürich zeigte die Möglichkeiten für Tabakentwöhnung auf Rezept auf, die in Schweiz gegeben sind. Im Rahmen des WAT-Symposiums wurden am Vormittag des 4. Oktobers „Wirkungen und Nebenwirkungen der Tabakentwöhnungstherapie – Ein Upgrade“ vorgestellt. Die Veranstaltung war mit etwa 60 Teilnehmenden sehr gut besucht. Zunächst skizzierte Stephan Mühlig aus Chemnitz den aktuellen Stand des Wissens, indem er mit einer vergleichenden Re-Analyse randomisiert-kontrollierter Studien (RCT's) aus zwölf Cochrane-Reviews der Frage nachging, was in der Tabakentwöhnung gut wirke. Peter Lindingers Beitrag „Telefonberatung für Tabakentwöhnung – was passiert da eigentlich“ beschäftigte sich mit der Darstellung der inhaltlichen Arbeit einer Telefonberatung: Welche Vorgehensweise wird bei Störanrufen gewählt, und welche Möglichkeiten bestehen bei Anruferäußerungen wie „Ich habe schon alles versucht?“ Anschließend präsentierte der Präsident der DG-Sucht und Vorsitzende des Wissenschaftlichen Aktionskreises Tabakentwöhnung (WAT), Anil Batra, die Gefahren „Depressiver Exazerbationen und anderer Nebenwirkungen im Nikotinentzug“. Tobias Rütter aus München ging abschließend der Frage nach, inwieweit Besonderheiten der „Tabakabhängigkeit und Entwöhnung bei psychiatrischen Erkrankungen“ zu beachten sind. Am Abend des 4. Oktobers fand das Symposium zur „Entwicklung der S3-Leitlinie für tabakbezogene Störungen: Was gibt es Neues?“ statt.

An Workshops angeboten wurden: „Raucherentwöhnung im Rahmen stationärer Therapie“, geleitet von Therapeuten der Klinik Lindow, und „Standardisierten Anforderungen zur Förderung des Nichtrauchens in und durch Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ des Deutschen

Netz rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen DNRfK. Zusätzlich gab es eine Posterführung, die mit den Themen „Falldarstellung: Quasi-Stationäre Tabakentwöhnung für drei COPD Patienten mit mentaler Retardierung“, „Einfluss von Essstörungen auf die Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei jungen rauchenden Frauen in gynäkologischen Praxen“ oder „Das Rauchfrei Programm – Vergleich von Kompakt- und Basisversion“ sowie „Wirksamkeit des BZgA Rauchstopp-Programms „losgelöst“ für jugendliche Raucherinnen und Raucher – Ergebnisse einer nicht-randomisierten, kontrollierten Studie“ ebenfalls auf großes Interesse stieß.

### b) Neuseeland auf dem Weg zur „smokefree nation“

Neuseelands Regierung hat als Ziel formuliert, bis 2025 eine „smokefree nation“ zu werden. Ein weiterer Meilenstein auf diesem Weg wurde kürzlich vom Parlament auf den Weg gebracht: Eine jährliche Erhöhung der Tabaksteuer um 10 %, die den Preis für eine Schachtel bis 2016 von derzeit \$ 14,30 (ca. € 9) auf über \$ 20 ansteigen lässt (umgerechnet mehr als € 12,50). Vertreter des Neuseeländischen Gesundheitsministeriums begrüßten die Parlamentsentscheidung und die darin erkennbare starke, parteienübergreifende Unterstützung für das ambitionierte Ziel. Die Steuererhöhung sei ein starkes Signal, dass „Rauchen es einfach nicht wert sei“. Um die dadurch forcierte Ausstiegsmotivation auffangen und begleiten zu können, würden verstärkt Unterstützungsmaßnahmen wie Telefonberatung, Nikotinersatz und verschreibungspflichtige Medikamente angeboten und kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Die Regierung erwarte zudem, dass 95 % aller hospitalisierten Raucher und 90 % aller Raucher in Allgemeinpraxen eine Ausstiegsberatung erhalten. Insgesamt \$ 20 Millionen wurden für die nächsten vier Jahre für Programme bereitgestellt, um den Einstieg zu verhindern und den Ausstieg zu erleichtern.

---

## Neue Publikationen

**a) Raupach T, Falk J, Vangeli E, Schiekirka S, Rustler C, Grassi MC, Pipe A & West R (2012) Structured smoking cessation training for health professionals on cardiology wards: a prospective study. European Journal of Preventive Cardiology, doi: 10.1177/2047487312462803**

**Hintergrund:** Die Verantwortung für eine Bereitstellung von Tabakentwöhnungsmaßnahmen in der kardiovaskulären Medizin wird zunehmend wahrgenommen, und es besteht Konsens, dass rauchende Patienten im Rahmen jedes stationären Aufenthalts Unterstützung für einen Rauchstopp erhalten sollten. In diversen Bereichen der Medizin wurden standardisierte Vorgehensweisen („Standard operating procedures“, SOPs) eingeführt, um ärztliche und pflegerische Rollen und Aufgaben bei spezifischen Behandlungen zu definieren und darüber mehr Sicherheit und eine bessere Patientenversorgung zu ermöglichen. Ziel dieser Studie war es, die Auswirkungen

von SOPs auf die Interventionshäufigkeit zu erfassen und Faktoren zu identifizieren, die das Beratungsverhalten von Ärzten und Pflegepersonal beeinflussen.

**Methode:** In einer prospektiven Interventionsstudie wurden mit quantitativen und qualitativen Methoden Daten zur Raucherberatung bei Patienten und Mitarbeitern der kardiologischen Abteilung des Klinikums Göttingen zunächst für drei Monate vor der Einführung von SOPs erhoben. Nach der ersten Datenerhebungsphase wurden Ärzte und Pflegekräfte darin fortgebildet, alle rauchenden Patienten zu beraten, medikamentöse Therapien zu verschreiben und Patienten anzuleiten, wie diese Medikamente anzuwenden sind. SOP-Materialien wurden per Mail an alle Ärzte verschickt und Flowcharts zum Vorgehen in den Abteilungen ausgehängt. Anschließend wurde über drei weitere Monate Daten zur Beratung rauchender Patienten erhoben und die für die Raucherberatung Verantwortlichen interviewt. Diese teilstrukturierten Interviews dauerten bis zu 30 Minuten und umfassten neun Themenbereiche (wie wahrgenommene Veränderungen, Auswirkungen der SOP auf die tägliche Arbeit, Erfahrungen aus den Beratungen von rauchenden Patienten, Zufriedenheit mit dem erhaltenen Training).

**Ergebnisse:** Insgesamt 150 rauchende Patienten wurden inkludiert (75 vor und 75 nach der SOP-Implementierung). Vor der Einführung der SOP betrug der Anteil derjenigen Patienten, die von einer Ausstiegsberatung durch Ärzte oder Pflegekräften berichteten, 6,7 % (N=5) bzw. 1,3 % (N=1). Der Anteil von Patienten, die eine hohe Ausstiegs motivation angegeben hatten, lag bei der Aufnahme bei 57,3 % und veränderte sich bis zum Zeitpunkt der Entlassung kaum (58,7 %). Im Anschluss an die Implementierung der SOP stieg die Beratungsaktivität von Ärzten stark an: 38,7 % der Patienten gaben nun an, eine ärztliche Beratung erhalten zu haben ( $p < 0.001$ ). Die Beratungsaktivität von Pflegekräften allerdings blieb unverändert (2,7 %;  $p = 0.56$ ). Patienten, die sich an eine Beratung erinnerten, empfanden diese mehrheitlich als wichtig (86,7 %), hilfreich (66,7 %) und ausstiegsmotivierend (53,3 %). Nach der Einführung der SOP stieg der Anteil von Patienten, die eine hohe Ausstiegs motivation angaben, von der Aufnahme (60 %) bis zum Zeitpunkt der Entlassung etwas stärker an (68 %; ns). Zudem gaben alle Raucher an, während des Krankenhausaufenthalts einen Ausstiegsversuch unternommen zu haben. Überweisungen zu einem Entwöhnungsdienst oder Verschreibung von Pharmakotherapie fanden nur vereinzelt statt. Ein Großteil des Personals war der Ansicht, dass die SOPs einen leichteren Zugang zu rauchenden Patienten ermöglichen; allerdings konnten zwei von fünf Ärzten und acht von zehn Schwestern keine Auswirkungen auf die tägliche Arbeit beobachten.

Qualitative Analysen ergaben, dass ein Mangel an Motivation bzw. eine fehlende Rollenkongruenz die bedeutendsten Barrieren auf Seiten von Ärzten und Pflegepersonal darstellten. Etwa die Hälfte aller Interviewten aus beiden Berufsgruppen vertraten den Standpunkt, dass ihnen zwar eine gewisse Rolle bei der

Beratung rauchender Patienten zukommen, aber fünf von zehn Krankenschwestern und vier von fünf Ärzten waren der Ansicht, dass dies in erster Linie eine ärztliche Aufgabe sei. Das Pflegepersonal solle den Rauchstatus erheben und einfache Ratschläge für den Rauchstopp geben; Ärzte hingegen sollen Patienten über gesundheitliche Risiken aufklären und weitergehende Hilfen anbieten. Zusätzlich waren die Pflegekräfte der Ansicht, dass Patienten eher Ratschlägen von Ärzten folgen würden. Zwei der fünf Ärzte glaubten, dass medikamentöse Therapien wirksam seien, aber es gab Unsicherheit in Bezug auf Dosierung, Nebenwirkungen und Kontraindikationen, so dass sich vier von fünf Ärzten weniger kompetent in Bezug auf eine Verschreibung fühlten. Zwei hatten keinerlei Erfahrungen mit pharmakologischen Therapien.

**Diskussion:** Die Einführung von SOPs für Tabakentwöhnung hatte einen Effekt bei Ärzten, aber nicht bei Pflegekräften. Dennoch blieben auch nach SOP mehr als 60 % der rauchenden Patienten einer kardiologischen Station in Bezug auf Raucherberatung unversorgt. Als wesentliche Ursache wurde ein Mangel an Motivation bei beiden Berufsgruppen identifiziert, die sich unter anderem in einer unvollständigen Umsetzung der SOP niederschlug. Außerdem nahmen die Aktivitäten zur Raucherberatung nach einem kurzen Anstieg unmittelbar bei Implementierung wieder stetig ab. Als weiterer möglicher Grund für die unzureichende Umsetzung kommt in Frage, dass die SOP nicht allen Personen vollständig bekannt war. Unzureichendes Wissen und Beratungsfertigkeiten sowie negative Reaktionen von Patienten könnten ebenso zu diesem Ergebnis beigetragen haben wie die Einschätzung der befragten Mitarbeiter, dass Rauchen eine selbstgewählte Lebensweise darstelle. Einschränkungen der Aussagekraft der Ergebnisse ergeben sich aus der kleinen Zahl befragter Mitarbeiter; inwieweit sie repräsentativ oder auf andere Einrichtungen übertragbar sind, kann nicht beurteilt werden.

**b) Borland R, Balmford J & Benda P (2012) Population-level effects of automated smoking cessation help programs: a randomised controlled trial. Addiction, doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.04091.x**

**Hintergrund:** Intensive verhaltensbezogene Unterstützung eines Ausstiegsversuchs verbessert die Chancen auf Aufrechterhaltung der Abstinenz deutlich, ist aber in der Reichweite limitiert und kostenaufwendig. Internetbasierte, automatisierte Programme stellen hier eine passende Ergänzung dar, indem sie weite Teile der rauchenden Bevölkerung erreichen und kostengünstig unterstützen können. Mobiltelefone bzw. Smartphones können via Kurzmitteilungen (SMS) kleine Unterstützungseinheiten liefern, um Programmteilnehmer an ihre Ausstiegspläne zu erinnern; Inhalte der Kurzmitteilungen können an den Ausstiegsprozess angepasst werden. Ziel dieser Studie war, den Impakt von automatisierten Interventionen auf die Gesamtbevölkerung zu testen.

**Methode:** 3530 Raucher und vor kurzem ausgestiegene Ex-Raucher wurden telefonisch rekrutiert (Quitline-Anrufer,

die lediglich auf der Suche nach Informationen waren und Teilnehmer von Internet-Surveys ohne Bezug zu Tabakkonsum, die „kalt“ kontaktiert wurden). Mit 60 % waren weibliche Teilnehmer überrepräsentiert. Das Durchschnittsalter lag bei 42, der Durchschnittskonsum bei 16,9 Zigaretten. Die Teilnehmer wurden auf vier Bedingungen randomisiert:

- (a) QuitCoach, ein Internetprogramm (<http://www.quit-coach.org.au>);
- (b) onQ, ein strukturiertes und an den Ausstiegsprozess anpassungsfähiges SMS-Programm auf Basis desselben kognitiv-behavioralen Modells wie das Internetprogramm. Die SMS-Botschaften vermitteln kleine Beratungsschnipsel zu Strategien und Alternativverhalten, gemischt mit motivationalen Elementen. Anwender haben die Möglichkeit, eigene Aktivitäten wie „Ausstiegsversuch“ oder „Rückfallkrise“ zurückzumelden, um dann spezifische Botschaften zu erhalten. Die Frequenz der Mitteilungen variiert und ist zu Beginn, bei aktuellen Ausstiegsversuchen und akuten Rückfallkrisen am höchsten;
- (c) ein aus (a) und (b) bestehendes Paket und (d) eine Auswahl der drei Programme.

Die Kontrolle bestand in einer Minimalintervention und der Ermutigung, den QuitCoach zu nutzen. Ergebnisse wurden einen und sieben Monate nach Beginn online oder telefonisch erhoben. Da die Teilnehmer im Vorfeld kein Interesse an den angebotenen Interventionen bekundet hatten und mit einer geringen Adhärenz zu rechnen war, wurden separate Analysen für diejenigen durchgeführt, die die Intervention zumindest bis zu einem bestimmten Grad nutzten.

**Ergebnisse:** Die Retentionsrate war mit 88,0 % nach einem und 86,5 % nach sieben Monaten sehr hoch und für alle Bedingungen vergleichbar. QuitCoach wurde von 701 (29,8 % derjenigen, die es als Einzel- oder Kombi-Programm angeboten bekamen), onQ von 862 Teilnehmern genutzt (37,5 % derjenigen, die es als Einzel- oder Kombi-Programm angeboten bekamen). Zwischen Bedingung c (Kombination) und d (Wahl) gab es bezüglich der diversen Outcome-Variablen keinerlei Unterschiede. Teilnehmer der Kontrolle hatten nach einem Monat die geringste, die onQ-Gruppe die höchste Abstinenzquote (s. Tabelle 1).

**Tabelle 1: Einfluss des Unterstützungsprogramms auf Erfolgsmaße (ITT) nach einem und sieben Monaten (7-T-PP = 7-Tage Punktprevalenz; AA = Anhaltende Abstinenz) in Prozent**

| Erfolgsmaß  | Kontrolle | QuitCoach | onQ    |
|-------------|-----------|-----------|--------|
| 7-T-PP (1M) | 15,2 %    | 16,2 %    | 21,4 % |
| 7-T-PP (7M) | 20,1 %    | 21,3 %    | 24,1 % |
| AA (7M)     | 6,2 %     | 8,2 %     | 9,0 %  |

Teilnehmer der KG nutzten den QuitCoach häufiger als Teilnehmer der Interventionsbedingungen; ein Drittel aus dieser Gruppe setzte auch Medikamente ein.

Bei der 7-Monats-Katamnese erreichten 8,5 % aller Studienteilnehmer anhaltende Abstinenz. Zwischen den einzelnen Gruppen wurden keine signifikanten Unterschiede ermittelt; die relative Wirksamkeit aller vier Interventionsbedingungen im Vergleich zur Kontrolle betrug etwa 1,5. Insgesamt waren die anhaltenden Abstinenzquoten der an der Telefonberatung rekrutierten Personen sehr viel höher (17,5 %) als die der kalt rekrutierten Befragungsteilnehmer (3,1 %;  $p < .001$ ).

Teilnehmer, die die ihnen zugewiesene Intervention zumindest bis zu einem gewissen Grad nutzten (für onQ: Empfang von SMS für mind. vier Tage; für QuitCoach: Ausfüllen des Eingangsfragebogens und Download der daraus erstellten Ausstiegsempfehlungen) erreichten signifikant häufiger anhaltende Abstinenz, während bei geringerer Nutzung nur mit der Kontrollgruppe vergleichbare Effekte beobachtet wurden (5,5 % bzw. 6,2 %). Die höchste Abstinenzquote fand sich bei den Teilnehmern der onQ-Bedingung (15,4 %).

**Diskussion:** Die Studie liefert nur schwache Evidenz für den Nutzen automatisierter Interventionen als populationsweite Ausstiegshilfe. Aufgrund geringer Nutzung der angebotenen Interventionen und kontaminierender Effekte durch die Verwendung anderer Ausstiegshilfen von der Kontrollgruppe wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Intervention und Kontrolle gefunden. Dass die Kombination von Internet- und SMS-Programm in diesem Falle keinen Zusatznutzen hatte, könnte daran liegen, dass sich die Programme nicht gut ergänzen. Die „Number needed to treat“ (NNT) betrug 16 unter denjenigen, die die Interventionen tatsächlich nutzen, was in Anbetracht der geringen Kosten für die Kosteneffektivität der Maßnahmen spricht.

Deutlich werden auch die methodischen Herausforderungen bei der Erforschung solcher behavioral-psychologischer Interventionen, wo eine Verblindung nicht möglich ist und andere wirksame Interventionen frei zugänglich sind bzw. genutzt werden. Bemerkenswert ist, dass „kalt“ rekrutierte Teilnehmer nicht nur etwas (wie zu erwarten wäre), sondern um ein Vielfaches schlechter abschnitten; es sollte bei der Bewertung von Vergleichsstudien beachtet werden, aus welcher Population die Stichprobe stammt. In Verbindung mit anderen Studienergebnissen liefert diese Veröffentlichung Hinweise auf den Nutzen und die Kosteneffektivität niedrigschwelliger Ausstiegsprogramme – zumindest wenn sie ausreichend genutzt werden.