



Newsletter Tabakentwöhnung

des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle
am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg

dkfz.

DEUTSCHES
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT



Forschen für ein Leben ohne Krebs



WHO-Kollaborationszentrum
für Tabakkontrolle

in Zusammenarbeit mit dem
Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung
(WAT) e. V.

Nr. 89
Dezember
2022

Editorial

Nach zwei Jahren pandemiebedingter Pause fand die 20. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle am 7. und 8. Dezember 2022 zumindest teilweise wieder als Präsenzveranstaltung im Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg statt. Die mehr als 160 anwesenden Kolleginnen und Kollegen (etwa 150 weitere haben sich für den Livestream angemeldet) hatten sich teilweise drei Jahre nicht live gesehen, entsprechend groß war die Wiedersehensfreude. Im Folgenden wollen wir kurz auf einige Konferenzbeiträge mit dem Fokus auf Tabakentwöhnung eingehen. Im Symposium „Aktuelles zur Tabakentwöhnung“ stellte Waltraud Posch aus Graz, Österreich, qualitative Daten von zehn unterschiedlichen „Nikotin-Biografien“ vor. Der soziale Kontext scheint eine große Rolle zu spielen, wohingegen Suchtaspekte in den Befragungen kaum zur Sprache kamen. Andrea Rabenstein aus München sprach anschließend über „Nikotin-Topografien“, also das Nutzungsverhalten und die Nikotinkinetik von Tabakzigaretten und alternativen Produkten. Tabakzigaretten und -erhitzer fluten schneller an und sorgen für höhere Maximalkonzentrationen, werden aber auch anders konsumiert als E-Zigaretten, die in kürzeren Clustern mit längeren Zügen genutzt werden. Im Beitrag von Sabrina Ulbricht, Greifswald, ging es um die Wirkung hausärztlicher Interventionen auf Abstinenz(versuche) in Abhängigkeit von Sozialstatus und Geschlecht. Etwa die Hälfte der Männer und ein Drittel der Frauen, die 12 Monate vor einer Kurzintervention keine Ausstiegsaktivitäten unternommen hatten, haben nach dieser Kurzintervention zumindest einen Ausstiegsversuch unternommen. Bei einer rein ärztlichen Kurzberatung gab es im Gegensatz zu einer Kurzberatung mit Expertensystem auch einen Bildungsgradienten: Mittlere und niedrige Bildungsgruppen unternahmen seltener einen Ausstiegsversuch.

Im Symposium II „Tabakkonsum behandeln: Von ambulant zu stationär“ stellte Christa Rustler vom Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser, Berlin, das „rauchfrei ticket“ für das ambulante Setting vor. Seit 2019 wird das „rauchfrei ticket“ in Akutkliniken und Rehaeinrichtungen implementiert und mehr als 5000 Patientinnen und Patienten per Faxanmeldung in die Rauchstoppberatung am Telefon vermittelt. In einem nächsten Schritt soll die digitale Anmeldung zum „rauchfrei ticket“ ermöglicht werden. In einem weiteren Vortrag stellte Frau Rustler Tipps und Tricks zur Implementierung von Krankenhäusern in das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser dar. Die Implementierung kann nur gelingen, wenn es für die Beteiligten gute, nachvollziehbare Gründe gibt und wenn die mittlere Führungsebene, die den Alltag gestaltet, die Ziele und

Inhaltsverzeichnis

| | |
|-------------------------------------|---|
| Editorial | 1 |
| Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung | 2 |
| Neue Publikationen | 3 |

Implementierungsaufgaben kennt und umsetzen kann. Screening, Diagnostik und Rauchstopp-Angebote sollten in den Behandlungsprozess im Krankenhaus integriert werden und für das Personal ein rauchfreies Umfeld und Rauchstoppangebote bereitgestellt werden. Jens Leifert von der Breisgau-Klinik Bad Krozingen referierte zur START-Studie: „Stationäre Behandlung exklusiv zur Raucherentwöhnung – Konzept einer intensivierten verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie“. Die stationäre Tabakentwöhnung stellt eine vielversprechende Alternative (9 Tage stationärer Aufenthalt) zur ambulanten Entwöhnung dar und ist in erster Linie für eine (kleine) Zahl von Rauchenden gedacht, die bereits alle anderen evidenzbasierten, professionellen Maßnahmen durchlaufen haben. Die Studienergebnisse zeigten eine hohe langfristige Entwöhnungsquote.

Burkhard Blienert, Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, war am Morgen des 2. Konferenztages zugeschaltet und betonte, dass Deutschland bei Tabak deutlich zurück hänge und jetzt Handeln und Umsetzen angesagt sei. Die Bundesinitiative „Rauchfrei leben – Deine Chance“ solle fortgesetzt und ein Rauchausstiegsmonat ins Leben gerufen werden. Eine professionelle Behandlung der Tabakabhängigkeit müsse als originäre Krankenbehandlung mit entsprechender Kostenregelung bewertet werden.

Welchen Effekt die Bundesinitiative „Rauchfrei leben – Deine Chance“ bislang hatte, wurde von Daniel Kotz, Düsseldorf und seiner Arbeitsgruppe untersucht. Die Erwartungen müssen dem eher überschaubaren Budget in der Größenordnung von einer Million Euro angepasst werden; knapp 15 % der im Rahmen von der DEBRA-Studie Befragten gaben an, die Kampagne wahrgenommen zu haben, und davon haben knapp 14 % in der Folge über einen Rauchstopp nachgedacht. Messbare Effekte auf die Motivation oder konkrete Rauchstoppversuch konnten nicht ermittelt werden.

Im Symposium „Neue Produkte“ stellte Reto Auer aus Bern, Schweiz, die ESTxENDS-Studie zu E-Zigaretten vor. Dabei geht es bei einer Stichprobe von mehr als 1200 Teilnehmenden um die Effektivität, Sicherheit und Verträglichkeit von nikotinhalten E-Zigaretten zur Tabakentwöhnung. Sein Fokus läge nicht

so sehr auf der Effektivität von E-Zigaretten zur Tabakentwöhnung, da die neueste Cochrane-Metaanalyse hierzu evidente Ergebnisse vorgelegt habe. Es gehe primär darum, die Schadstoffexposition beim Konsum von E-Zigaretten im Vergleich zum Tabakrauchen zu beurteilen und ob sich gesundheitliche Aspekte wie Atemwegsbeschwerden sowie Blut- und Urinwerte, beispielsweise bezüglich oxidativem Stress oder kardiovaskulären Risikofaktoren, verbessern oder nicht. Die Ergebnisse sollen in den nächsten Monaten publiziert werden.

Der Abschlussbeitrag von Tobias Rütger trug den Titel „Gut und Böse“. Im teilweise heftig geführten Diskurs, wie die neuen Produkte – in erster Linie E-Zigaretten – zu bewerten seien, verglich er die Akteure mit den Charakteren aus Goethes Faust. Der Tabakindustrie würde die Figur des Mephistopheles entsprechen, wohingegen die Krebsmedizinerinnen und -mediziner oder die „abstinenzorientierten Nikotinaktivist*innen“ mit ihrer ablehnenden Haltung der E-Zigarette gegenüber die Gott-Rolle zukäme. Suchtexpertinnen und -experten, aber auch „Haus-/Fachärzt*innen und Public-Health-Fachleute, die das Entwöhnungspotenzial der E-Zigaretten sehen, repräsentierten die Figur des Dr. Faustus, während Gretchen für die rauchenden Patientinnen und Patienten stünde, die oft keine leitliniengerechte Behandlung in Anspruch nehmen. Wenn sich die Akteure in der Gott-Figur und der Dr. Faustus-Figur in Statements und Vorträgen gegeneinander positionieren, profitiere in erster Linie die Tabakindustrie, also Mephistopheles davon. Einigkeit bestünde doch in vielen Punkten: eine leitliniengerechte Behandlung sei immer zu bevorzugen, und Kinder und Jugendliche wie auch Nichtkonsumierende müssten geschützt werden, beispielsweise durch ein Verbot für Einweg E-Zigaretten. Diese Einigkeit müsse stärker in den Vordergrund rücken.

Noch zu einem anderen Thema: Anfang Dezember wurde die aktualisierte „Europäische Tabakkontrollskala 2021“ im Rahmen des „ICO-WHO Symposiums on Tobacco Control“ in Barcelona vorgestellt (1). Diese Skala bildet eine Rangliste von 37 europäischen Ländern und basiert auf der Bewertung von Maßnahmen, die seit 2019 zur Verringerung des Rauchens in der Bevölkerung umgesetzt wurden. Bewertet werden dabei die Kategorien Zigarettenpreis, rauchfreie Arbeitsplätze und öffentliche Einrichtungen, Budget für Aufklärungskampagnen, Werbeverbote, Warnhinweise auf Tabakverpackungen und Unterstützung beim Rauchstopp. Im europäischen Vergleich belegt Deutschland mit lediglich 43 von 100 möglichen Punkten den 34. Platz. Im Vergleich zu dem Ergebnis der letzten Auswertung ist Deutschland damit um zwei Plätze nach oben geklettert; drei Punkte wurden dazugewonnen. Zum Vergleich: die beiden führenden Länder – Irland und UK – wurden mit je 82 Punkten bewertet. Nach wie vor bestehen hierzulande große Defizite, insbesondere in den Kategorien Zigarettenpreis (14 von 30 Punkten), Budget für Aufklärungskampagnen (0 von 10 Punkten) und rauchfreie Bereiche (11 von 22 Punkten). Bei den Werbeverboten hat Deutschland durch das Verbot von Zigarettenwerbung auf Plakatwänden im Jahr 2022 zwei Punkte dazugewonnen und 6 von 13 Punkten erzielt. In

(1) Joossens L, Olefir L, Feliu A & Fernandez E (2022) The Tobacco Control Scale 2021 in Europe. Smoke Free Partnership, Catalan Institute of Oncology, Brussels, Barcelona, <https://www.tobaccocontrolscalescale.org>

der Kategorie Unterstützung beim Rauchstopp wurden an Deutschland immerhin 5 von 10 möglichen Punkten vergeben: 1 für Kurzberatung, 2 für die Telefonberatung und 2 weitere für in bestimmten Regionen bestehende Tabakentwöhnungsnetzwerke. In ihrem Kommentar zur Situation in Deutschland merken die Autoren um Luk Joossens an, dass es endlich auch hierzulande einige Fortschritte gebe, indem Zigarettenwerbung auf Plakatwänden 2022 verboten wurde, wenngleich Werbung für erhitzten Tabak noch bis zum 1. Januar 2023 erlaubt bleibt. Insgesamt sei der Wert auf der Tabakkontrollskala für Deutschland weiterhin sehr niedrig.

In der vierten und letzten Ausgabe unseres Newsletters für 2022 werden drei neue Publikationen etwas detaillierter besprochen. Zunächst wird ein Vergleich zweier theoretisch unterschiedlich fundierter Beratungsprotokolle für Telefonberatung vorgestellt. Dann folgt eine Studie, die eine Smartphone-App, die über ein Jahr von den Teilnehmenden genutzt werden konnte und durch einen ärztlichen Coach unterstützt wurde, mit einer Kurzintervention vergleicht. Als Drittes wurde im Rahmen einer prospektiven Kohortenstudie untersucht, wie höheres Alter mit der Abstinenz von Zigaretten und verwandten Produkten zusammenhängt und welche Auswirkungen die Rauchhäufigkeit und -intensität in diesem Zusammenhang haben.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine besinnliche Weihnachtszeit und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2023,

Ihr Redaktionsteam
Katrin Schaller, Peter Lindinger, Anil Batra

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

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe

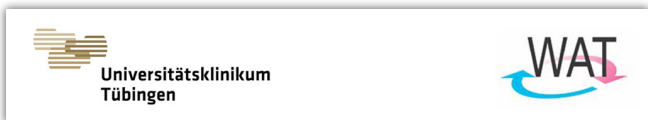


- Kursleiterschulung für das „Rauchfrei Programm“ des IFT und der BZgA durch das IFT Gesundheitsförderung München

Die Kursleiterschulungen sind nur für staatlich anerkannte Berufe aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zugänglich. Termine Standardschulung München 20.–24.2.2023; Berlin 27.–31.3.2023; verkürzte Schulung Frankfurt: 20.–22.3.2023. 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.: 030/400456422 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: 29.–31.3.2023 im Rahmen der Tübinger Suchttherapietage. Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen. Information und Anmeldung: Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen, Tel.: 07071/2982313, Fax: 07071/295384 oder sucht@med.uni-tuebingen.de

■ Die Deutsche Psychologen Akademie bietet vom 21.–23.4.2023 in Berlin das 20-stündige „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V. an (s. auch Punkt 3, Fortbildungen für Fachberufe)

Infos und Anmeldung unter Tel. 030/209166314, Fax 030/209166316 oder <https://www.psychologenakademie.de>

Kongresse/Tagungen

National

■ 27. Tübinger Suchttherapietage vom 29.–31.3.2023

Veranstalter: Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik, Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung, E-Mail: info@tuebinger-suchttherapietage.de

International

■ Die 29. SRNT-Konferenz vom 1.–4.3.2023 wird als Präsenzveranstaltung in San Antonio, Texas, stattfinden

Die Einreichung von Abstracts und Symposien ist bereits geschlossen; die Registrierung ist bereits möglich. Updates unter https://www.srnt.org/page/2023_Meeting

■ Die 9. Europäische Konferenz „Tobacco or Health (ECToH)“ vom 26.–28.4.2023 in Madrid wird ebenfalls als Präsenzveranstaltung ausgerichtet

Frühbucherrabatt bis zum 21.1.2023. Infos und Anmeldung unter <https://ectoh.org/event/ectoh-2023>

Neue Publikationen

Bricker JB, Sullivan BM, Mull KE, Torres AJ & Carpenter KM (2022)

Full-scale randomized trial comparing acceptance and commitment therapy telephone-delivered coaching with standard telephone-delivered coaching among medicare/ uninsured quitline callers

Nicotine Tob Res 24: 1556–1566, DOI: 10.1093/ntr/ntac052

Hintergrund

Während es eine Fülle von Studien gibt, in denen die Wirksamkeit unterschiedlicher pharmakologischer Wirkstoffe verglichen wurde, sind randomisierte Studien, in denen unterschiedliche psychotherapeutische Ansätze miteinander verglichen werden, eher selten. Eine Arbeitsgruppe des Fred Hutchinson Cancer Research Center aus Seattle, USA, hat in den letzten Jahren Interventionen entwickelt und evaluiert, die auf der Acceptance & Commitment Therapie (ACT) basieren. Im Jahr 2020 wurde eine ACT-App bei einer großen Stichprobe mit einer anderen App verglichen, die auf den klassischen, von den US-Leitlinien empfohlenen verhaltensbezogenen Änderungsstrategien beruht (s. dazu Newsletter Nr. 80). Ziel der hier vorgestellten Studie war es, eine Telefonberatung mittels Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) mit einer Standardberatung einer Quitline (QL) zu vergleichen. Zwar vermitteln sowohl ACT als auch die Standardberatung Fähigkeiten zur Bewältigung des Rauchverlangens. Allerdings sind die Philosophien hinter diesen Fähigkeiten grundlegend unterschiedlich. Im Vergleich zur Standardberatung konzentriert sich ACT nicht auf die Veränderung des Inhalts von Gedanken (z. B. Ersetzen eines hinderlichen



Gedankens), sondern setzt einen Schwerpunkt auf die erhöhte Bereitschaft einer Person, Rauchverlangen zu erleben, anstatt es zu vermeiden. So wird die Frage gestellt: „Wie sehr sind Sie bereit, Ihren Drang zu rauchen zuzulassen und nicht zu versuchen, ihn zu ändern?“ Eine zweite wichtige Komponente von ACT ist die Förderung wertorientierter Verhaltensänderungen („Was ist Ihnen wirklich wichtig?“), während in der Standardberatung eine vernunftgesteuerte Verhaltensänderung gefördert wird („Welches sind Ihre Gründe, warum Sie mit dem Rauchen aufhören wollen?“). ACT unterscheidet sich von rein achtsamkeitsbasierten Therapien dadurch, dass (1) Achtsamkeit nur eine von zahlreichen Strategien darstellt, die Bereitschaft zu erhöhen, Rauchverlangen zu erleben, und (2) persönliche Werte eine große Rolle spielen.

Ein ACT-spezifischer Ansatz zur Verarbeitung von Gedanken, die zum Rauchen verleiten können, besteht in der sogenannten kognitiven De-Fusion: De-Fusion erleichtert es, Gedanken und Gefühle wahrzunehmen, zu beobachten, zu benennen und sich von ihnen zu lösen. Gedanken, Selbsteinschätzungen, Bilder und Erinnerungen werden als bloße Worte und Bilder betrachtet. Die Aufgabe besteht dann darin, zuzulassen, dass sie kommen und gehen, ohne zu versuchen, sie zu kontrollieren oder zu vermeiden. Ein Beispiel für De-Fusion: Ein typischer Gedanke, der häufig zum Rauchen verleitet wie z. B. „Ich möchte rauchen“, wird auf ein Schlüsselwort reduziert (z. B. „rauchen“). Dieses Wort wird 30 Sekunden lang wiederholt laut ausgesprochen, während dabei natürlich nicht geraucht wird. Im Gegensatz dazu arbeitet die kognitive Verhaltenstherapie mit kognitiver Umstrukturierung: Der Inhalt der eigenen unrealistischen/irrationalen Überzeugungen wird verändert und/oder durch realistische/rationale Überzeugungen ersetzt. Beispiel: Der Gedanke „Rauchen hilft mir, mit Stress fertig zu werden“ wird ersetzt durch „Rauchen hilft nicht bei der Bewältigung von Stress, außer dass es den Entzug erleichtert“.

Methode

Erwachsene Raucher (n=1275) wurden von November 2015 bis August 2018 unter Anrufenden bei der South Carolina Tobacco Quitline und der Louisiana Tobacco Quitline rekrutiert; die beiden Bundesstaaten wurden ausgewählt, weil die Prävalenz des Rauchens bei Erwachsenen mit 20,7 % bzw. 21,0 % wesentlich höher liegt als der nationale Durchschnitt. Nach Bereinigung der Daten verblieb eine auswertbare Stichprobe von 1170 Personen.

Alle in dieser Studie tätigen Telefon-Coaches hatten mindestens 2 Jahre allgemeine Coachingerfahrung, verschiedene berufliche Hintergründe und mindestens 100 Stunden Ausbildung absolviert. Die Einhaltung des Interventionsprotokolls durch die Telefonberaterinnen und -berater wurde anhand standardisierter Bewertungen überprüft. Es wurden zwei Teams mit vergleichbar kompetenten Beratungspersonen beauftragt, die jeweils einen der Behandlungsarme betreuten.

Als pharmakologische Unterstützung wurde Nikotinersatztherapie (NET) als Kombination aus Nikotinpflaster und Kaugummi oder Lutschtablette angeboten (4 Wochen lang Pflaster und 2 Wochen Lutschtabletten oder Kaugummi). Es wurden je fünf Sitzungen der beiden Bedingungen telefonischer Beratung

angeboten. Die Anzahl der tatsächlich absolvierten Gespräche wurde als Maß für das Engagement in der Telefonberatung herangezogen; NET-Nutzung wurde bei der Zwischenerhebung nach drei Monaten erfragt (Nikotinpflaster verwendet ja/nein, Kaugummi verwendet ja/nein, Nikotinlutschtabletten verwendet ja/nein), zusätzlich die Anzahl der Wochen, in denen die Kombination von Nikotinpflaster und Kaugummi oder Lutschtablette verwendet wurde.

Die Zufriedenheit mit der Behandlung wurde ebenfalls bei der Zwischenerhebung nach drei Monaten erfragt und erfasste vier Aspekte: (1) wie nützlich das zugewiesene Coaching-Programm für den Ausstieg war, (2) wie zufrieden Teilnehmende mit dem jeweils zugewiesenen Coaching-Programm waren, (3) ob sie das zugewiesene Coaching-Programm einem Freund empfehlen würden und (4) wie nützlich die vermittelten Fähigkeiten und Übungen des zugewiesenen Coaching-Programms waren. Die Antwortmöglichkeiten für alle Items reichten von „überhaupt nicht“ (1) bis „sehr“ (5).

Primäres Outcome war die selbstberichtete 30-Tage-Punkt-Prävalenz-Abstinenz (PPA) bei der 12-monatigen Nachuntersuchung. Zudem wurden weitere sekundäre Outcomes definiert. Der Raucherstatus wurde mit der Frage „Wann haben Sie das letzte Mal eine Zigarette geraucht oder auch nur probiert?“ erhoben. Aufgrund methodischer Probleme (Identifizierung der Person, die die Probe abgibt und hohe Kosten im Verhältnis zu potenziellen Falschangaben) wurde auf eine biochemische Verifizierung verzichtet.

Ergebnisse

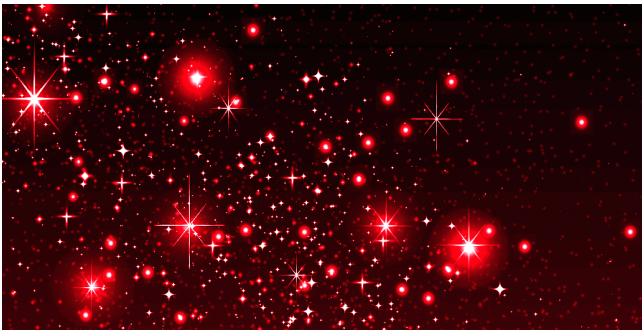
Die 12-Monats-Retentionsrate betrug 68 % (793/1170) und unterschied sich nicht zwischen den Gruppen (ACT: 67 %; QL: 69 %). Das Alter lag bei durchschnittlich 47,4 Jahren. Die Teilnehmenden waren zu 72,4 % Frauen; 27,6 % gehörten einer ethnischen Minderheit an. 87,1 % hatten ≥ 10 Jahre lang geraucht und 86,1 % rauchten mindestens 11 Zigaretten pro Tag. Der durchschnittliche Fagerström-Wert (FTCD) lag bei 5,7. 19 % der Befragten hatten im letzten Monat zumindest einmal E-Zigaretten konsumiert. Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Die Telefonberaterinnen und -berater der ACT-Bedingung wurden bezüglich der Einhaltung des Interventionsprotokolls besser bewertet.

Das Engagement der Teilnehmenden war in der ACT-Gruppe höher als in der QL-Gruppe (durchschnittliche Anzahl der Anrufe abgeschlossen: 3,1 für ACT vs. 2,4 für QL; $p < 0,001$). Die NET-Verwendung war in beiden Gruppen ähnlich hoch. Von den 6 Wochen, in denen Medikamente verfügbar waren, betrug die durchschnittliche Nutzungsdauer 3,8 Wochen für ACT gegenüber 4,1 für QL ($p = 0,0228$).

Insgesamt gaben 86,4 % der Teilnehmenden an, NET verwendet zu haben.

ACT-Teilnehmende waren mit ihrem Coaching-Programm zufriedener als QL-Teilnehmende. 92 % der ACT-Teilnehmende berichteten, dass ihr Coaching-Programm nützlich war für



den Rauchstopp, während es in der QL-Gruppe 82,3 % waren ($p < 0,001$). Die Zufriedenheit lag bei 94,6 % für ACT vs. 87,7 % für die Standardberatung ($p = 0,002$).

Beide Gruppen hatten ähnlich hohe 12-Monats-Erfolgsquoten (fehlend = rauchend; 24,6 % für ACT vs. 28,8 % für QL; OR = 0,81). Bei den sekundären Outcomes lagen die 30-Tage-PPA-Raten nach multiplen Imputationen bei der 12-monatigen Nachbefragung bei 38,1 % für ACT und 42,2 % für QL (OR = 0,84).

Dieses Ergebnismuster fand sich auch bei der 12-Monats-Mehrfach-Imputationen von 7-Tage-PPA, 30-Tage-PPA aller Tabakerzeugnisse (einschließlich E-Zigaretten) und für die 6-Monats-Abstinenzraten.

In der ACT-Gruppe gab es unter den weiter-rauchenden Teilnehmenden eine stärkere Reduktion der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten (-5,6 für ACT vs. -1,7 für QL) ($N = 286$, $p = 0,075$). In einer Art Sensitivitätsanalyse wurde die Gruppe derjenigen, die keine NET genutzt hat, noch einmal separat betrachtet. Die Funktion der NET besteht darin, Rauchverlangen und Entzug zu mildern bzw. vermeiden, der ACT-Ansatz ist aber ein anderer: Die Intervention vermittelt, sich auf die Akzeptanz von Verlangen zu konzentrieren. Daher postulierten die Autoren post hoc, dass Teilnehmende, die keine Nikotinersatztherapie verwenden, mehr von ACT (als von QL) profitieren würden. In der Tat ergaben diese Post-hoc-Analysen ein auffällig anderes Bild: Teilnehmende, die kein NET verwenden, profitierten bei der 12-monatigen Nachuntersuchung (30-Tage PPA) mit 31,0 % Abstinenz eher von ACT als von der QL-Standardberatung (23,3 %; OR = 1,49; KI = 0,45–4,90; $N = 59$). Die 7-Tage-PPA-Raten fielen stärker zugunsten von ACT aus, auch wenn diese Unterschiede ebenfalls nicht signifikant waren (34,5 % für ACT vs. 23,3 % für QL; OR = 1,80; KI = 0,55–5,86).

Diskussion

Die Entwöhnungsraten waren in beiden Gruppen ähnlich hoch, was darauf hindeutet, dass ACT eine Alternative zur Standardberatung sein kann. Die konservativ berechneten Raten (24,6 % für ACT vs. 28,8 % für QL) sind hoch im Vergleich zu den Abstinenzraten der Studien, die bei der Cochrane-Metaanalyse berücksichtigt wurden. Ein Grund dafür könnte in der zusätzlichen NET-Kombi-Intervention liegen (Pflaster plus Kaugummi oder Lutschtablette). Diese NET-Kombinationstherapie könnte jedoch auch die Wirkung der ACT im Vergleich zur QL überlagert haben. Die deskriptiv höheren Entwöhnungsraten von ACT bei denjenigen, die kein NET verwendeten, legt

nahe, dass NET die relative Wirksamkeit von ACT zumindest nicht erhöhen, vielleicht sogar verringern könnte. ACT könnte daher eine Option sein für diejenigen sein, die keine Nikotinersatztherapie verwenden wollen. Diese Hypothese müsste mittels randomisierter Studien mit telefonischer ACT ohne die Bereitstellung von NET geprüft werden.

Da viele Raucher mehrfache Beratungszyklen bei Telefonberatungen durchlaufen, könnte ACT auch denjenigen angeboten werden, die das Standard-Coaching nicht erfolgreich abschließen.

Die Retentionsrate von 68 % bei der der 12-monatigen Nachbeobachtung liegt zwar wiederum höher als der Durchschnitt der Studien, die in der Cochrane-Metaanalyse inkludiert wurden, aber trotz eines großen zeitlichen und finanziellen Aufwands auch deutlich unter der Rate der oben genannten App-Studie (88 %). Als Gründe wurden höhere Raten von Wohnungswechseln und nicht mehr gültigen Telefonnummern vermutet. Auch hierzu wären künftige Forschungsvorhaben wünschenswert, um wirksame Methoden zur Erhöhung der Retentionsrate zu ermitteln.

Webb J, Peerbux S, Ang A, Siddiqui S, Sherwani Y, Ahmed M, MacRae H, Puri H, Majeed A & Glasner S (2022)

Long-term effectiveness of a clinician-assisted digital cognitive behavioral therapy intervention for smoking cessation: secondary outcomes from a randomized controlled trial

Nicotine Tob Res 24: 1763–1772, DOI: 10.1093/ntr/ntac113

Hintergrund

Der Einsatz digitaler Methoden zur Tabakentwöhnung könnte ein vielversprechender Weg sein, um wirksame Unterstützung für alle rauchenden Bevölkerungsgruppen, insbesondere schwer erreichbare zu offerieren. Fortschritte in der Mobiltechnologie haben die Verbreitung von Mobile-Health-Ansätzen (mHealth) begünstigt. Vorteile gegenüber persönlichen Ansätzen sind niedrige Kosten, bessere Zugänglichkeit, leicht anpassbare Funktionen und Skalierbarkeit. Defizite bestehen bezüglich der Qualitätsstandards; nach wie vor werden evidenzbasierte Behandlungsstrategien zu selten vermittelt. Diese Studie untersuchte die sekundären Wirksamkeitsergebnisse von „Quit Genius“, einer digitalen, ärztlich unterstützten Anwendung kognitiv-verhaltenstherapeutisch basierter (KVT) Strategien im Vergleich zu einer Kurzintervention („very brief advice“, VBA).

Methode

Die Teilnehmenden wurden über soziale Medien und Überweisungen von Primärversorgungspraxen im Vereinigten Königreich zwischen Januar und November 2019 rekrutiert, auf eine Studienwebsite weitergeleitet und zu einer persönlichen Eingangsuntersuchung eingeladen. Ausschlusskriterien waren fehlende Englischkenntnisse, Schwangerschaft, COPD, aktuelle Einnahme von Psychopharmaka oder ernsthafte

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

gesundheitliche Probleme. Insgesamt 556 Teilnehmende wurden nach dem Zufallsprinzip der Quit-Genius-Gruppe oder der Kontrollgruppe zugewiesen.

Allen Teilnehmenden wurde eine Nikotinersatztherapie (NET) in Form von Pflastern und/oder Kaugummi für 12 Wochen angeboten, wobei die Präparate für die ersten beiden Wochen bei der Erstuntersuchung ausgehändigt wurden. Teilnehmende, die innerhalb der ersten 30 Minuten nach dem Aufwachen geraucht hatten, bekamen 24-stündige 21-mg-Pflaster angeboten; andernfalls erhielten sie 16-stündige Pflaster. Teilnehmende, die > 20 Zigaretten pro Tag rauchten, erhielten zusätzlich zu den Pflastern 4 mg Kaugummi angeboten; bei < 20 Zigaretten wurde das 2 mg Kaugummi offeriert.

Quit Genius bestand aus einer Smartphone-App mit selbstgesteuerten KVT-Inhalten, gekoppelt mit einem persönlichen und qualifizierten Ausstiegs-Coach, der via Chat asynchron zur App unterstützende Botschaften zur Verstärkung der Bewältigungsfertigkeiten gab. Über eine Dauer von 52 Wochen konnten Teilnehmende ihren Ausstiegstermin nach Bedarf zurücksetzen und einen neuen Beratungszyklus durchlaufen.

Die Teilnehmer wurden aufgefordert, aufeinanderfolgende, selbstgesteuerte KVT- und Motivationsschritte zu absolvieren. Folgende Bereiche wurden dabei einbezogen: (1) Motivation, (2) Abhängigkeit und Entzug, (3) soziale Unterstützung, (4) Identifizierung von Auslösern, (5) Bewältigung von Heißhungerattacken, (6) kognitive Umstrukturierung, (7) Umgang mit negativen Affekten, (8) Gewichtszunahme und (9) Rückfallprävention.

Psychoedukative Botschaften wurden in vorher festgelegten Intervallen per Push-Notification gesendet.

Der Zeitplan für die Push-Benachrichtigungen wurde nach individuellen Faktoren zugeschnitten. Die Häufigkeit der Push-Benachrichtigungen war am Ausstiegstermin am höchsten (sechs bis zehn Benachrichtigungen), daran anschließend wurden zwei bis drei Benachrichtigungen pro Woche verschickt. In den Wochen 2 bis 4 nach Rauchstopp wurde täglich eine Benachrichtigung verschickt, ab der 5. Woche wurde die Häufigkeit allmählich von jedem zweiten Tag auf monatlich reduziert.

Teilnehmende der Kontrollbedingung (VBA) wurden nach ihrem Tabakkonsum befragt („ask“), erhielten den Rat, mit Hilfe einer Kombination aus Medikamenten und Verhaltensunterstützung aufzuhören („advice“) und wurden auf weiterführende Unterstützungsmaßnahmen verwiesen. Dazu sollten sie sich an ihren örtlichen Tabakentwöhnungsdienst wenden („act“). Die Intervention dauerte bis zu einer Stunde, wobei 10 Minuten auf die Beratung zur Teilnahme an dem Tabakentwöhnungsprogramm entfielen.

Etwa die Hälfte der Teilnehmenden beider Gruppen erhielt ein CO-Messgerät zusammen mit einer App zur Visualisierung von CO-Messdaten. Diese App enthielt keine Ausstiegstipps.

Das primäre Ergebnis war die selbstberichtete 7-Tage-Punkt-Prävalenz-Abstinenz (PPA) 4 Wochen nach dem Quit-Datum. Zusätzlich wurden die konsekutive (also zwei oder mehr aufeinanderfolgende) 7-Tage-Punkt-Prävalenz-Abstinenz in den Wochen 4, 26 und 52 untersucht, um die langfristige Wirksamkeit zu ermitteln. Abstinenz wurde anhand einer Zufallsstichprobe von Teilnehmenden mit einem CO -Atemtest von (< 5 ppm, N = 280) überprüft.

Ergebnisse

Die Retentionsrate betrug 81,6 % nach 26 Wochen und 79,4 % nach 52 Wochen, wobei es keine Unterschiede zwischen den Studienbedingungen gab. Teilnehmende waren im Durchschnitt 41 Jahre alt und zu 55 % männlichen Geschlechts. Der Durchschnittskonsum lag bei 14,5 Zigaretten pro Tag; der FTCD-Wert lag durchschnittlich bei dem Wert 4. Die meisten Teilnehmenden (85,0 %, n = 451) hatten zuvor einen oder mehrere Entwöhnungsversuche unternommen, hauptsächlich ohne weitere Unterstützung (48 %) oder mittels E-Zigaretten (42 %) und NET (30 %). Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich demographischer oder rauchanamnestischer Variablen.

Die Hypothese, dass die Quit-Genius-Bedingung zu höheren Abstinenzraten führt, wurde zumindest teilweise bestätigt (Risk Ratio RR = 1,55, KI = 1,23–1,96; p < 0,001; 44,5 % vs. 28,3 % Aufhörquote nach vier Wochen, selbstberichtete 7-Tage-PPA). Die Behandlungsbedingung führte im Vergleich zur Kontrollgruppe auch zu einer signifikant höheren selbstberichteten 7-Tage-PPA-Rate in Woche 26 (35,9 % vs. 27,6 %, p < 0,01). Allerdings konnte dieser signifikante Effekt bei der 52-Wochen-Nachbefragung nicht aufrechterhalten werden (34,7 % vs. 29,4 %, p = 0,19).

NET wurde von beiden Gruppen ähnlich häufig genutzt. Ebenso führte die Quit-Genius-Bedingung zu höheren Raten der selbstberichteten konsekutiven 7-tägigen PPA im Vergleich zu den Kontrollen sowohl nach 26 Wochen (27,2 % vs. 16,6 %, p = 0,003) als auch nach 52 Wochen (22,6 % gegenüber 13,2 %, p = 0,005).

Diejenigen Teilnehmenden der Quit-Genius-Intervention, die nach 4 Wochen erfolgreich aufgehört hatten, waren mit einer um 70 % bzw. 71 % höheren Wahrscheinlichkeit auch in Woche 26 bzw. Woche 52 abstinent.

Teilnehmende, denen ein CO-Monitor zugewiesen wurde, hatten zu keinem Zeitpunkt häufiger Abstinenz erreicht. Die Übereinstimmung der CO-Messung mit den Selbstangaben lag bei denjenigen Teilnehmenden, die Abstinenz berichteten,

bei den verschiedenen Messzeitpunkten zwischen 92,4 % und 93,8 %. Wie bei mHealth-Interventionen oft zu beobachten, stiegen mit größerem Engagement der Teilnehmenden auch die Abstinenzchancen: Wer sich 5 bis 8 Wochen oder 9 und mehr Wochen lang aktiv mit der App beschäftigte, hatten bessere Erfolgchancen als denjenigen, die die App für weniger als 5 Wochen nutzten.

Diskussion

Der vorgestellte Interventionsansatz hat seine Besonderheit darin, dass er psychosoziale und pharmakologische Maßnahmen kombiniert und die psychosoziale Komponente über einen längeren Zeitraum bereitgestellt wird, unabhängig vom Abstinenzstatus der Teilnehmenden. Die Studienergebnisse belegen die langfristige Wirksamkeit von Quit Genius im Vergleich zu einer Kurzintervention.

Die biochemische Verifikation mittels CO-Messung bei einer Teilstichprobe zeigte eine hohe Übereinstimmung mit den Selbstangaben. Dies steht in Einklang mit der Einschätzung der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT), die besagt, dass eine biochemische Validierung in Studien zur Tabakentwöhnung nicht immer erforderlich sei, da Falschangaben im Allgemeinen gering sind.

Ins Auge fiel außerdem, dass nach 52 Wochen in der Kontrollgruppe (trotz geringerer selbstberichteter Aufhörquoten) die nicht abstinenten Teilnehmenden signifikant häufiger über zusätzliche Aufhörversuche berichteten (51 %) als die Teilnehmenden der Behandlungsgruppe (39 %), was darauf hindeutet, dass sie es weiterhin versuchten, aber dabei weniger erfolgreich waren. Solche Personen nach einem nicht erfolgreichen Stoppversuch dazu zu bringen, es weiterhin zu versuchen, könnte auch die Wirksamkeit von Quit Genius weiter verbessern.

Mehr Engagement im Sinne einer längeren aktiven Nutzungsdauer der Teilnehmenden im Rahmen des Quit-Genius-Programms ging mit besseren Erfolgchancen ein her; es ist allerdings nicht eindeutig zu bestimmen, welche Art des Engagements (bloße Nutzung der App, Interaktion mit dem Coach, Abschluss der digitalen KVT-Aufgaben etc.) hier entscheidend ist.

Die vorgestellten Studienergebnisse können bei der Umsetzung von skalierbaren Ansätzen zur Tabakentwöhnung im Gesundheitssystem herangezogen werden.

Avila J, Berg CJ, Robinson JD & Ahluwalia JS (2022)

Short- and long-term cigarette and tobacco abstinence among daily and nondaily older smokers

Nicotine Tob Res 24: 1773–1780, DOI: 10.1093/ntr/ntac116

Hintergrund

Im Zuge der demographischen Entwicklung wird es künftig vermutlich bedeutsamer werden, dass wissenschaftliche Forschung zur Tabakentwöhnung sich mit den spezifischen

Bedarfen der Altersgruppe der über 60-Jährigen beschäftigt. Die epidemiologischen Untersuchungen von Doll & Peto belegen, dass ein Rauchstopp in jedem Lebensalter einen gesundheitlichen Nutzen und einen Zugewinn an Lebenserwartung bringt. In der Beratung hören wir von älteren Patienten aber immer wieder, dass ein Rauchstopp sich für sie doch nicht mehr lohnen würde, da der Schaden doch längst angerichtet sei. Es gibt unterschiedliche Erkenntnisse darüber, ob ältere (im Vergleich zu jüngeren) Raucherinnen und Rauchern eher oder weniger wahrscheinlich mit dem Rauchen aufhören. In der vorliegenden Studie wurde untersucht, wie das Alter mit der Abstinenz von Zigaretten und anderen Tabakprodukten zusammenhängt und welche Auswirkungen die Rauchhäufigkeit und -intensität in diesem Zusammenhang haben könnten. Es wurden die Hypothesen geprüft, dass (1) im Vergleich zu jüngeren Rauchenden ältere Rauchende weniger wahrscheinlich mit Zigaretten und anderen Tabakprodukten aufhören und (2) die Häufigkeit und Intensität des Rauchens einen stärker negativen Einfluss auf die Abstinenzchancen hat als bei jüngeren Rauchenden.

Methode

Für diese Sekundäranalyse wurden die Wellen 1 und 4 der Population Assessment of Tobacco and Health (PATH)-Studie herangezogen. PATH ist eine prospektive US-Kohortenstudie mit einer landesweit repräsentativen Haushaltsstichprobe von Jugendlichen (Alter 12–17 Jahre) und Erwachsenen (Alter ≥ 18 Jahre). Welle 1 wurde in den Jahren 2013 bis 2014 erhoben, und die Befragten wurden in den Jahren 2014 bis 2015 (Welle 2), 2015 bis 2016 (Welle 3) und 2016 bis 2018 (Welle 4) erneut kontaktiert. PATH erfasst Tabakkonsum, gesundheitliche Folgen und andere tabakbezogene Informationen.

Die Stichprobe wurde auf Erwachsene im Alter von ≥ 18 Jahren beschränkt, die (1) in ihrem Leben ≥ 100 Zigaretten geraucht haben, in Welle 1 täglich oder an manchen Tagen rauchten und (2) von denen zusätzlich Daten zum Rauchstatus in Welle 4 ($N = 7\,512$) vorlagen. Rauchende in Welle 1, die in Welle 4 keine Angaben zum Raucherstatus gemacht hatten, waren mit größerer Wahrscheinlichkeit 18 bis 24 Jahre alt (23,9 % vs. 20,6 %, $p < 0,001$) und nichttägliche Konsumenten (18,0 % vs. 15,1 %, $p < 0,001$) als die diejenigen, die in dieser Stichprobe verblieben.

Alter fungierte als wichtigster Prädiktor; gruppiert wurde in die Alterskategorien 18–24, 25–34, 35–44, 45–54, und ≥ 55 Jahre. Häufigkeit und Intensität des Rauchens wurde kategorisiert als nicht täglich, leicht täglich oder stark täglich. Nicht täglich Rauchende waren diejenigen, die angaben, in den letzten 30 Tagen an ein bis 24 Tagen geraucht zu haben, unabhängig von den pro Tag gerauchten Zigaretten (CPD).

Leichte, täglich Rauchende waren diejenigen, die angaben, ≥ 25 Tage in letzten 30 Tagen und ein bis 9 Zigaretten pro Tag geraucht zu haben. Ein höherer Konsum an ≥ 25 der letzten 30 Tage führte zu der Kategorisierung als „stark täglich rauchend“. Primäre Ergebnisse waren die 30-tägige und 12-monatige Abstinenz bei Welle 4, erfragt durch „Haben Sie in den letzten [30 Tagen und 12 Monaten] Zigaretten konsumiert, auch nur ein oder zwei Mal?“ Diejenigen die mit „Nein“

antworteten, wurden als abstinent definiert. Sekundäre Outcomes waren die 30-tägige und 12-monatige Abstinenz bezüglich aller Tabak- und verwandter Erzeugnisse in Welle 4 (kein Zigarettenkonsum, kein Konsum von elektronischen Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeife, Wasserpfeife, Snus oder rauchlosen Tabak).

Ergebnisse

Ältere im Vergleich zu allen jüngeren Rauchenden konsumierten seltener andere Tabakerzeugnisse oder verwandte Produkte; im Vergleich zu den 18- bis 24-Jährigen und 25- bis 34-Jährigen gaben ältere Rauchende auch seltener an, dass sie in den letzten 12 Monaten einen Aufhörversuch unternommen hatten. Der Anteil des starken täglichen Konsums nahm mit dem Alter zu (47,7 % bei den 18- bis 24-Jährigen versus 70,7 % bei den ≥ 55 -Jährigen). Die Häufigkeit des nicht täglichen Konsums war entsprechend bei den 18- bis 24-Jährigen größer (23,3 %) als bei den ≥ 55 -Jährigen (9,7 %).

Nicht adjustierte bivariate Analysen zeigten, dass Ältere häufiger eine 30-tägige Zigarettenabstinenz erzielt hatten als 45- bis 54-Jährige, und ebenso häufiger eine 12-monatige Zigarettenabstinenz als die 35- bis 44-Jährigen oder die 45- bis 54-Jährigen.

Auch bezüglich des Konsums aller Tabakerzeugnisse und verwandter Produkte wurden Unterschiede ermittelt: Ältere Rauchende gaben häufiger eine 30-Tage-Abstinenz von Produkten insgesamt an als 35- bis 44-Jährige; ebenso häufiger eine 12-monatige Abstinenz als die 18- bis 24-Jährigen, die 35- bis 44-Jährigen und die 45- bis 54-Jährigen. Diese Ergebnisse galten sowohl für die nicht täglich Rauchenden als auch die stark täglich Rauchenden. Bei der dritten Gruppe, den leicht täglich Konsumierenden, stieg hingegen die 12-monatige Abstinenzrate mit dem Alter sowohl bezüglich Zigaretten als auch aller Produkte an.

Die adjustierten Ergebnisse der Regressionsmodelle zeigten keine Unterschiede in der 30-Tage-Zigarettenabstinenz bei Personen ≥ 55 Jahre und älter im Vergleich zu jüngeren Rauchenden. Eine 12-monatige Zigarettenabstinenz andererseits wurde von älteren Rauchenden jedoch signifikant häufiger angegeben als von den 45- bis 54-Jährigen.

Auch die ursprüngliche Rauchhäufigkeit und -intensität spielte in den Regressionsmodellen eine Rolle: Im Vergleich zu stark täglich Rauchenden gaben nicht täglich und leichte täglich Rauchende häufiger eine 30-tägige und 12-monatige Zigarettenabstinenz an.

Konsum von Cannabis oder Alkohol in den letzten 30 Tagen war mit niedrigerer Abstinenzwahrscheinlichkeit assoziiert, ebenso wie mäßige oder schlechte psychische Gesundheit.

Diskussion

Die Auswirkung des Alters auf die Abstinenz unterschied sich je nach Häufigkeit/Intensität des Rauchens: Ältere Raucherinnen und Raucher sind zwar eher starke Raucherinnen und Raucher und haben zu Beginn der Untersuchung seltener

versucht, mit dem Rauchen aufzuhören, aber dennoch eine höhere 12-monatige Zigaretten- und Produktabstinenz als jüngere Rauchende. Das spricht dafür, dass Rückfälle in dieser Altersgruppe seltener sind, also die erzielte Verhaltensänderung mehr Stabilität aufweist. Entgegen Hypothese 1 war die Ausstiegswahrscheinlichkeit drei bis vier Jahre später bei älteren Rauchenden im Vergleich zu jüngeren Rauchenden zwischen 18 und 24 Jahren und solchen zwischen 45 und 54 Jahren höher (bezüglich Zigarettenkonsum und bezüglich des Konsums aller Produkte).

Die zweite Hypothese wurde teilweise bestätigt: Es wurde eine Interaktion zwischen Rauchhäufigkeit/-intensität und Alter bezüglich der Abstinenzchancen gefunden: Die Wahrscheinlichkeit für Abstinenz nimmt bei nicht täglich Rauchenden mit zunehmendem Alter signifikant ab. Diese Gruppe der nicht täglich Rauchenden hat im Alter ab 55 Jahren aber dennoch bessere Abstinenzaussichten als denjenigen mit höherer Häufigkeit und Intensität des Rauchens.

Bei stark täglich Rauchenden wurde mit zunehmendem Alter eine signifikante Zunahme der Wahrscheinlichkeit der Abstinenz beobachtet. Im Alter von 55 Jahren gab es keine Unterschiede in der Abstinenz zwischen stark und leicht täglich Rauchenden mehr.

Die Häufigkeit und die Intensität des Zigarettenrauchens scheinen sich mit dem Alter zu verändern. Interventionen zur Tabakentwöhnung sollten auch deshalb altersspezifisch ausgerichtet werden und neben der Tabakabhängigkeit auch die Rauchhäufigkeit berücksichtigen. Zusätzlich dürften Interventionen zur Förderung von Ausstiegshandlungen älterer rauchender Personen sinnvoll sein.

