

Aktuelles aus der Tabakentwöhnung

Christoph B. Kröger

IFT Gesundheitsförderung, München

LWL Münster, 10. Juni 2013

Themen

Epidemiologie

Rauchen und Gesundheit, Krankheit

Programmentwicklung, mit Schwerpunkt Rauchfrei Programm

Medikation

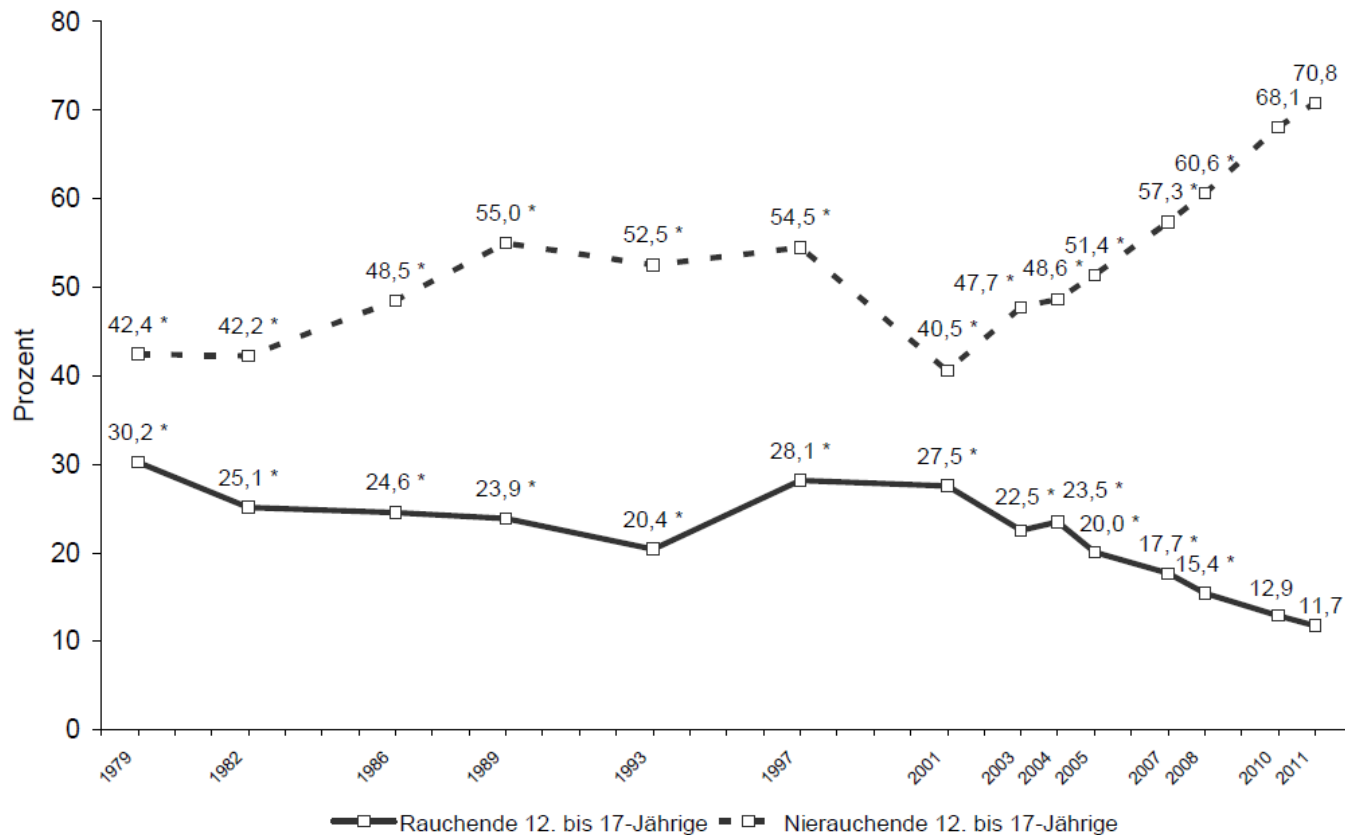
Alternative Methoden, Trends

Strukturen der Tabakentwöhnung

Epidemiologische Daten zum Rauchen

Prävalenz des Rauchens in Deutschland

Trends des Rauchens und des Nierauchens bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren von 1979 bis 2011



*) Statistisch signifikanter Unterschied zum Jahr 2011 mit $p < 0,05$ (Binär logistische Regressionen mit den Kovariaten Alter und Geschlecht). Ab 1993 einschließlich neue Bundesländer.

(Drogenaffinitätsstudie, 2013)

Prävalenz des Rauchens in Deutschland

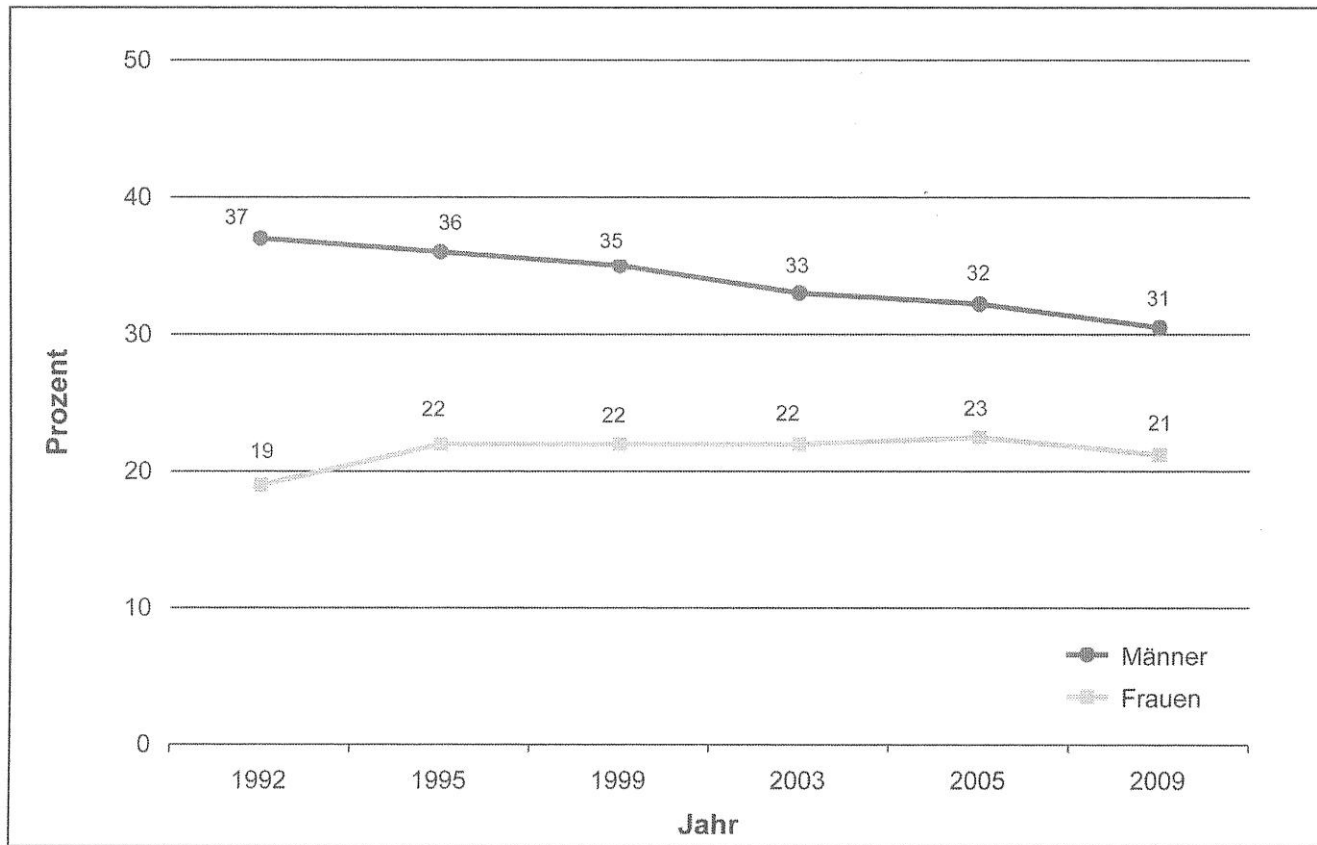


Abb. 7: Zeitliche Entwicklung der Rauchquote bei 15-jährigen und älteren Männern und Frauen

Quelle: Mikrozensus 1992-2009

Prävalenz des Rauchens Deutschland

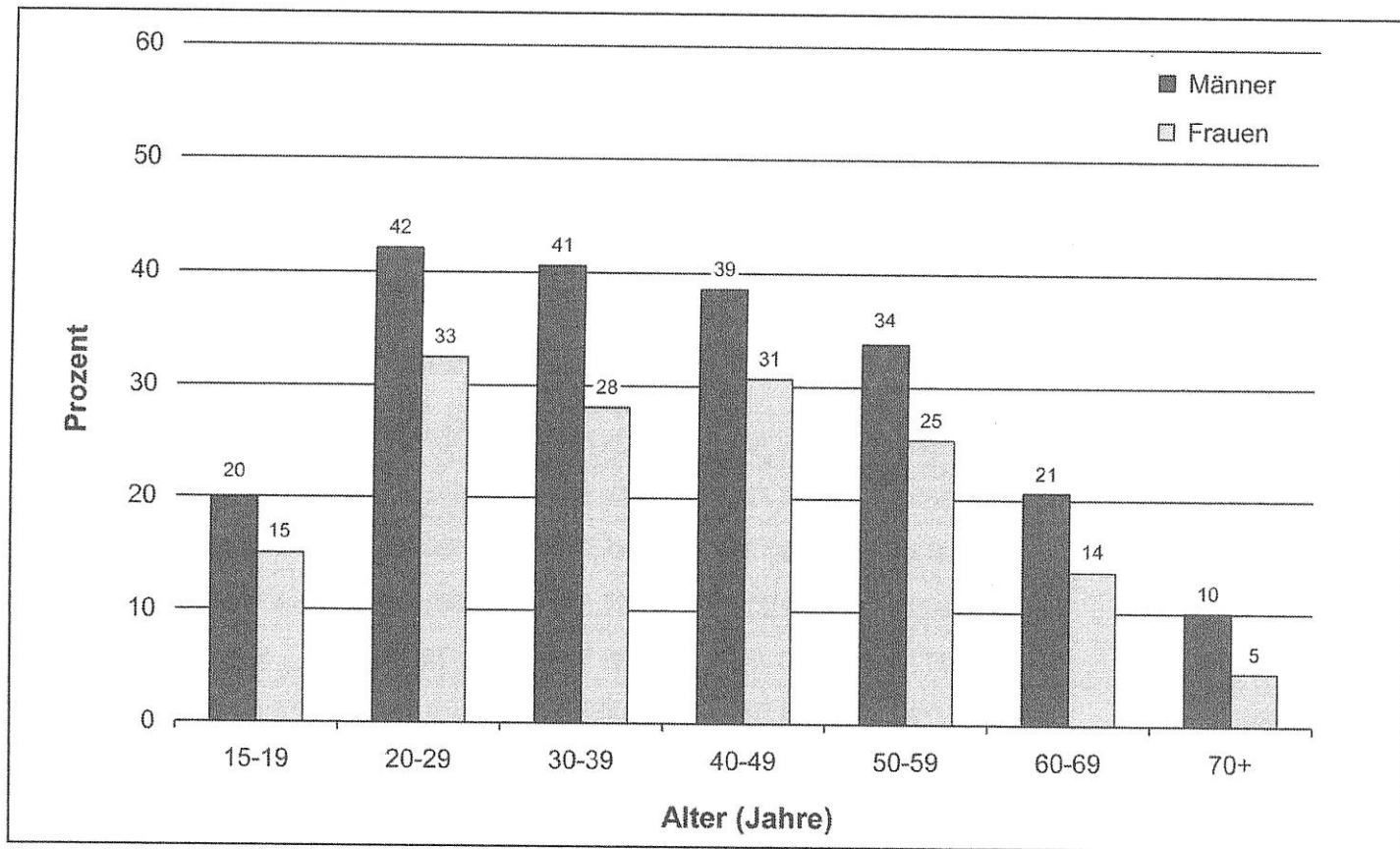


Abb. 2: Anteil der Raucher und Raucherinnen in verschiedenen Altersgruppen





























Quelle: Mikrozensus 2009

Prävalenz des Rauchens in Deutschland

Datenquelle	Jahr	Alter	Prävalenz (%)		
			Männer	Frauen	Gesamt
Mikrozensus (Statistisches Bundesamt)	2009	15+	30,5	21,2	25,7
GEDA-Studie (Robert-Koch-Institut)	2010	18+	33,9	26,2	30,0
Sozio-oekonomisches Panel (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung)	2010	18+	31,6	24,7	28,0
Epidemiologischer Suchtsurvey (Institut für Therapieforchung)	2009	18-64	32,8	25,5	29,2
Drogenaffinitätsstudie (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)	2011	12-25	26,7	27,3	27,1
Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (Robert-Koch-Institut)	2003-06	11-17	20,5	20,3	20,4
HBSC-Studie (Weltgesundheitsorganisation)	2009/10	11-15	5,9	6,4	6,2
ESPAD-Studie (Institut für Therapieforchung)	2011	15-16	35,0	31,9	34,0

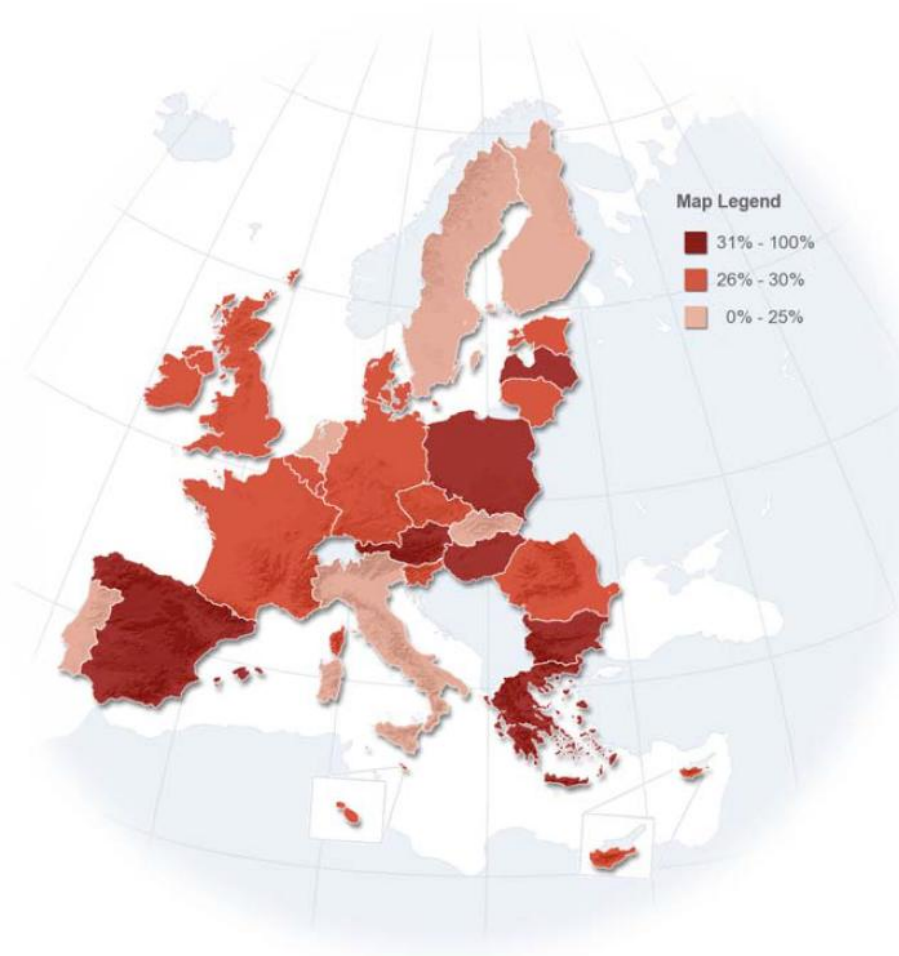
GEDA = Gesundheit in Deutschland aktuell; HBSC = Health Behaviour in School-aged Children; ESPAD = Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen

Prävalenz des Rauchens in Europa

 EL	40%
 BG	36%
 LV	36%
 AT	33%
 ES	33%
 HU	32%
 PL	32%
 CY	30%
 LT	30%
 RO	30%
 IE	29%
 CZ	29%
 SI	28%
 EU	28%
 FR	28%
 LU	27%
 BE	27%
 MT	27%
 UK	27%
 DE	26%
 DK	26%
 EE	26%
 FI	25%
 IT	24%
 NL	24%
 SK	23%
 PT	23%
 SE	13%

Question: QD1. Regarding smoking cigarettes, cigars or a pipe, which of the following applies to you?

Answers: You currently smoke



EU: 28%

DE: 26%

(Eurobarometer 2012)

Rauchen und körperliche Gesundheit

Durch Rauchen verursachte Krankheiten

	Standardised mortality per 100,000 per year			
	<i>Life-long nonsmoker</i>	<i>Current cigarette smoker</i>	<i>Relative risk</i>	<i>Attributable %</i>
Cancer				
Lung	24	537	22.4	87
Upper respiratory	1	27	24.5	89
Bladder	18	53	2.9	36
Pancreas	18	38	2.1	25
Oesophagus	9	68	7.6	66
Kidney	8	23	3.0	37
Ischaemic heart	500	970	1.9	22
Aortic aneurysm	24	98	4.1	48
Stroke	147	328	2.2	27
COPD	39	378	9.7	72
All diseases	788	2520	3.2	40

British doctors study (Peto et al., 2004)

UK male doctors born 1900–1930: continuing cigarette vs never smokers. 50-year follow-up of mortality, 1951–2001

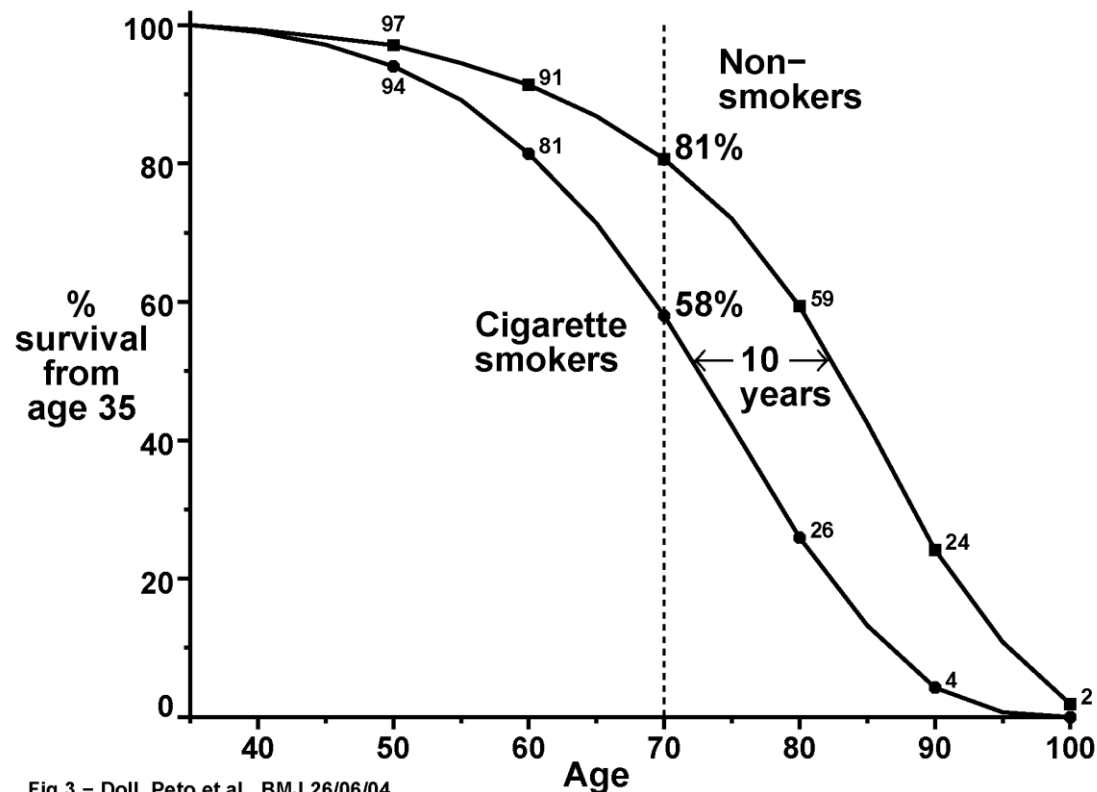
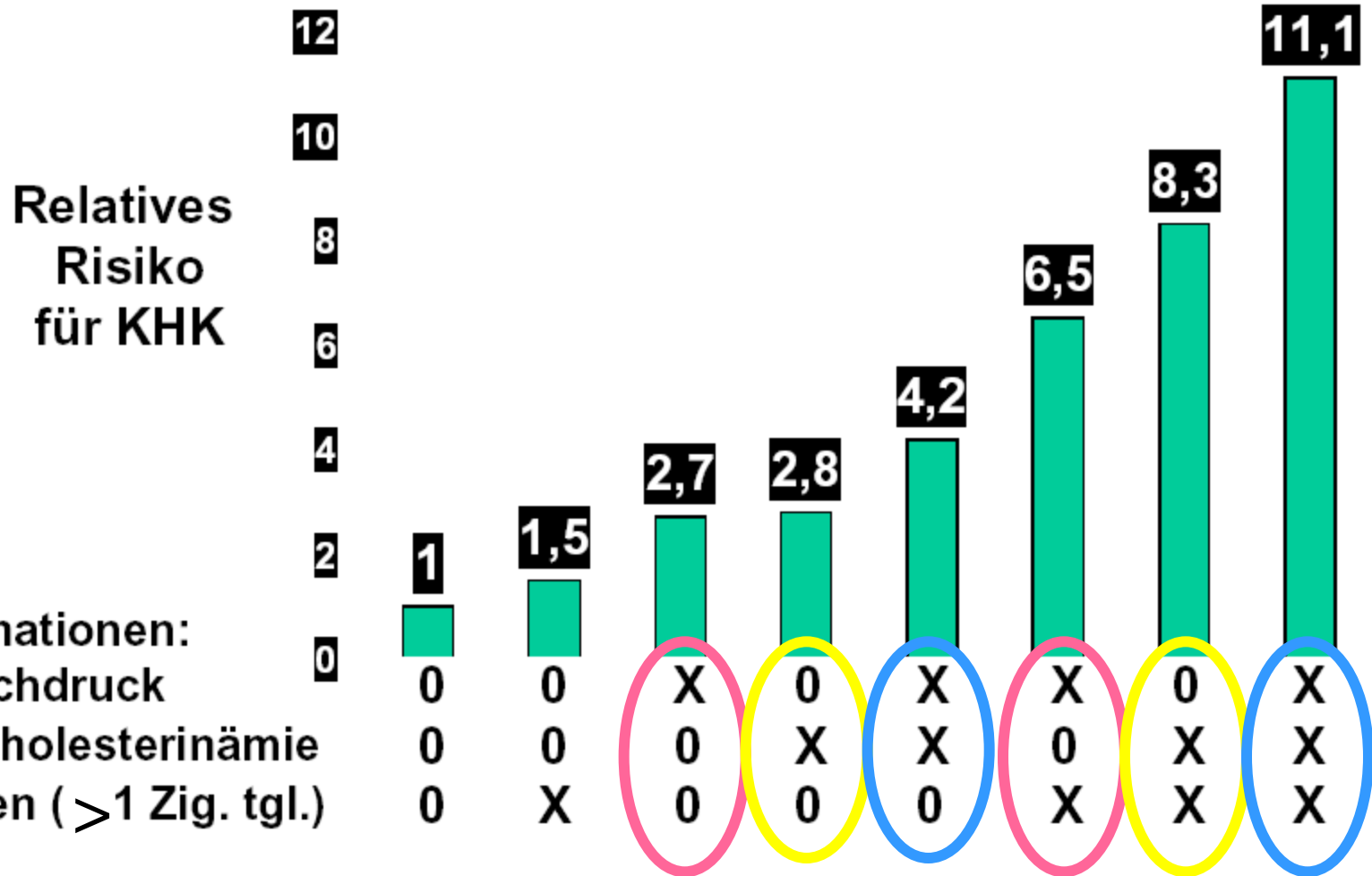


Fig 3 – Doll, Peto et al. BMJ 26/06/04

Aktuelle Langzeitstudien

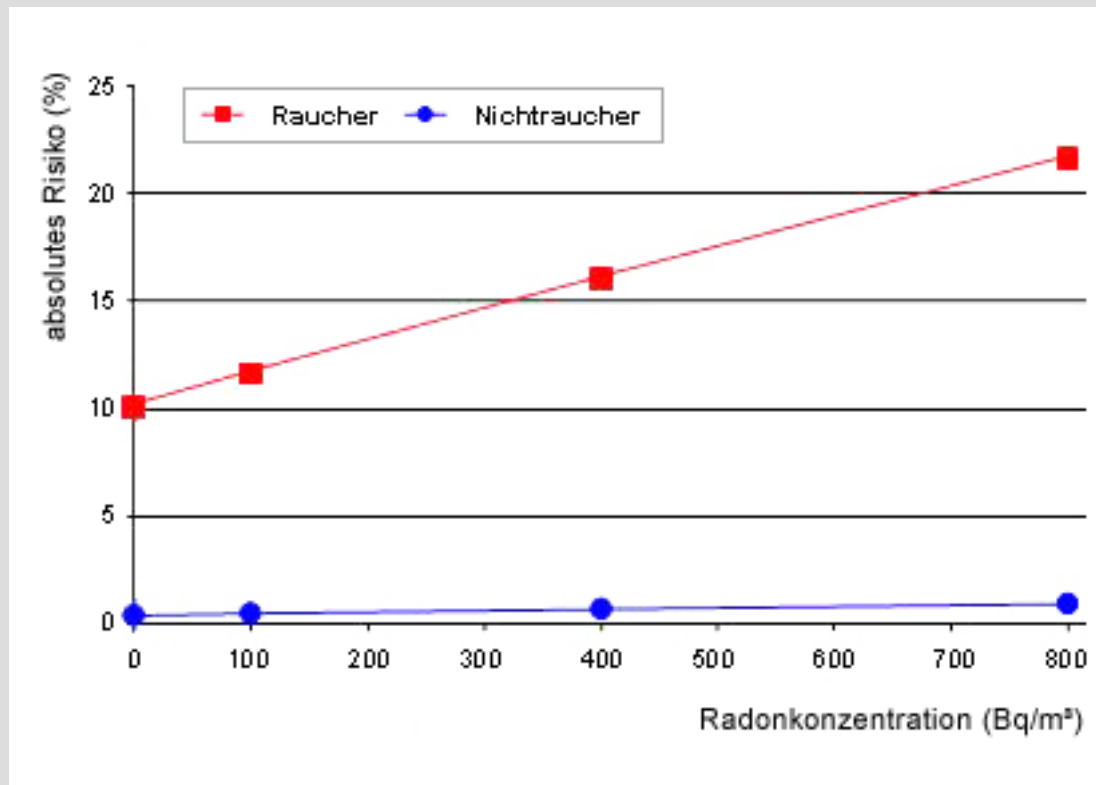
- Pirie et al. 2012, UK
 - 1,2 Millionen britische Frauen (50-65) wurden von 1996 bis 2011 alle 3 Jahre zu ihrem Lebensstil befragt
 - 20% der Frauen waren Raucherinnen
 - Raucherinnen lebten durchschnittlich 11 Jahre weniger als Frauen die nie geraucht hatten
 - Ein Rauchstopp vor dem 40. Lebensjahr bringt 9 Jahre
- Prabhat et al. 2013, USA
 - Rauchstatus und Rauchergeschichte von 200.000 Amerikanern (25-79) wurden von 1997 bis 2004 erhoben und mit Todesfällen bis 2006 in Beziehung gesetzt
 - Todesrate unter Rauchern 3 mal höher (Männer wie Frauen)
 - Lebenserwartung um 10 Jahre verringert unter Rauchern
 - Erwachsene, die zwischen 35 und 45 aufhören, gewinnen 9 Jahre

Rauchen potenziert das Risiko einer koronaren Herzkrankheit



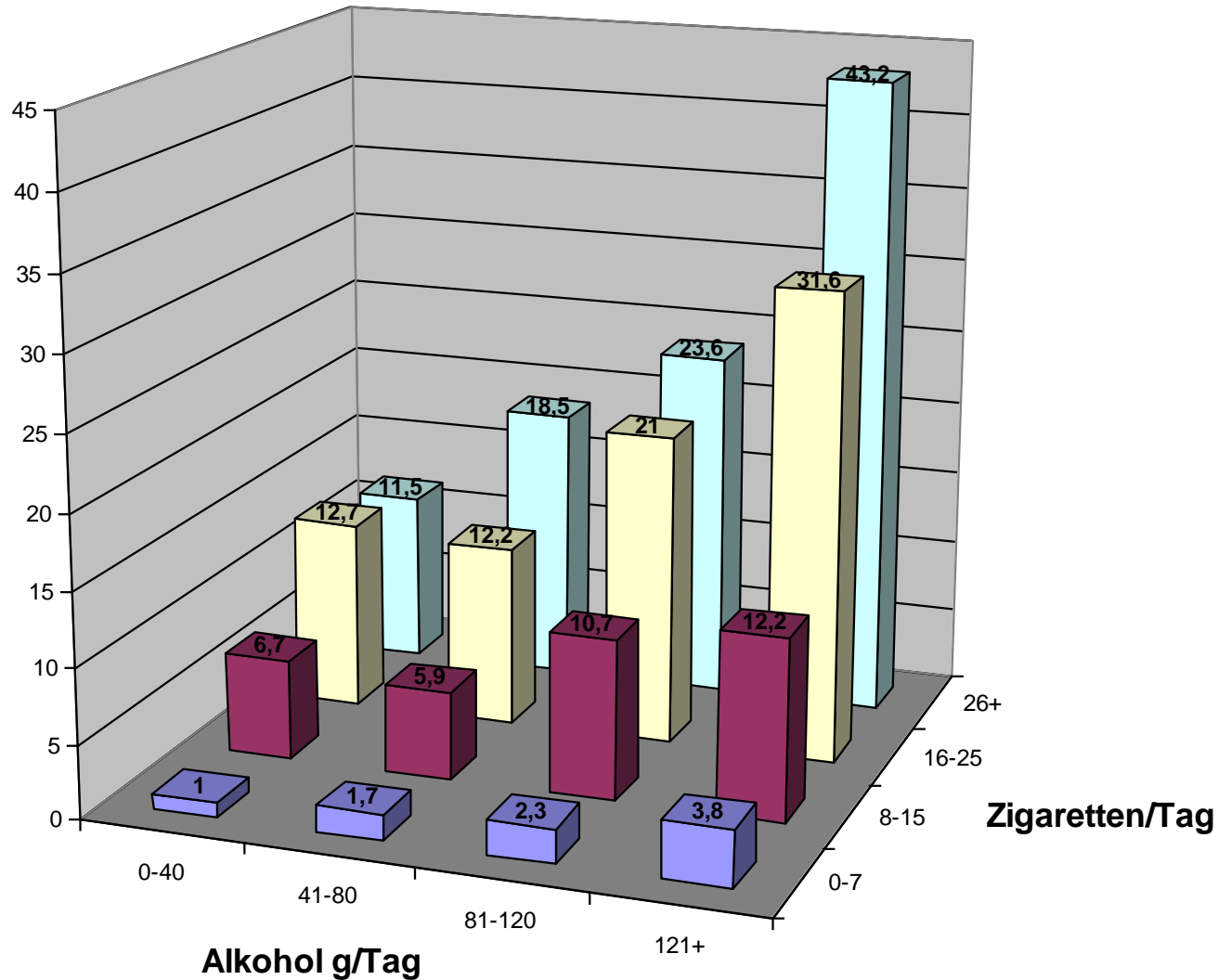
Quelle: Keil et al. in: Eur Heart J 1998

Lungenkrebsrisiko für Raucher mit Radonbelastung



Darby et al. (2005)

Alkohol- und Zigarettenkonsum und das Risiko der Entwicklung eines Kehlkopf- Karzinoms (Newcomb & Carbone, 1992)



Rauchen und psychische Gesundheit

Objektive Wirkungen von Nikotin/Tabak

Leistungssteigerung

Rauchen bzw. Nikotingabe hat positive kurzfristige Effekte

- Feinmotorik
- Aufmerksamkeit/Genauigkeit
- Aufmerksamkeit/Reaktionszeit
- Orientierungsreaktionen/Reaktionszeit
- Episodisches Kurzzeitgedächtnis/Genauigkeit
- Arbeitsgedächtnis/Reaktionszeit

Die Effekte gelten für Raucher und Nichtraucher

- Die Effekte sind nicht auf Verhinderung bzw. Beendigung der Entzugsproblematik zurückzuführen

Raucher schneiden nicht besser ab als Nichtraucher

Zusammenhang zwischen Rauchen und (anderen) psychischen Erkrankungen

1. Psychisch kranke Personen sind häufiger Raucher; sie rauchen häufiger, mehr und stärker als psychisch Gesunde
2. Raucher sind häufiger psychisch krank als Nichtraucher

Psychisch kranke Personen rauchen häufiger und mehr als psychisch Gesunde

Table 2. Smoking Status According to Psychiatric Diagnosis*

Psychiatric Diagnosis†	US Population, %	Current Smokers, %	Lifetime Smokers, %
Total	100	28.5	47.1
No mental illness	50.7	22.5	39.1
Ever mental illness	49.3	34.8‡	55.3‡
Any mental illness in past month	28.3	41.0‡	59.0‡

*Percentages are weighted to approximate the US population as determined from the 1989 US National Health Interview Survey.

†Percentages of mental illness reported are the proportion of respondents who received the tobacco supplement (n = 4411) who have any of the diagnoses listed in the “Methods” section.

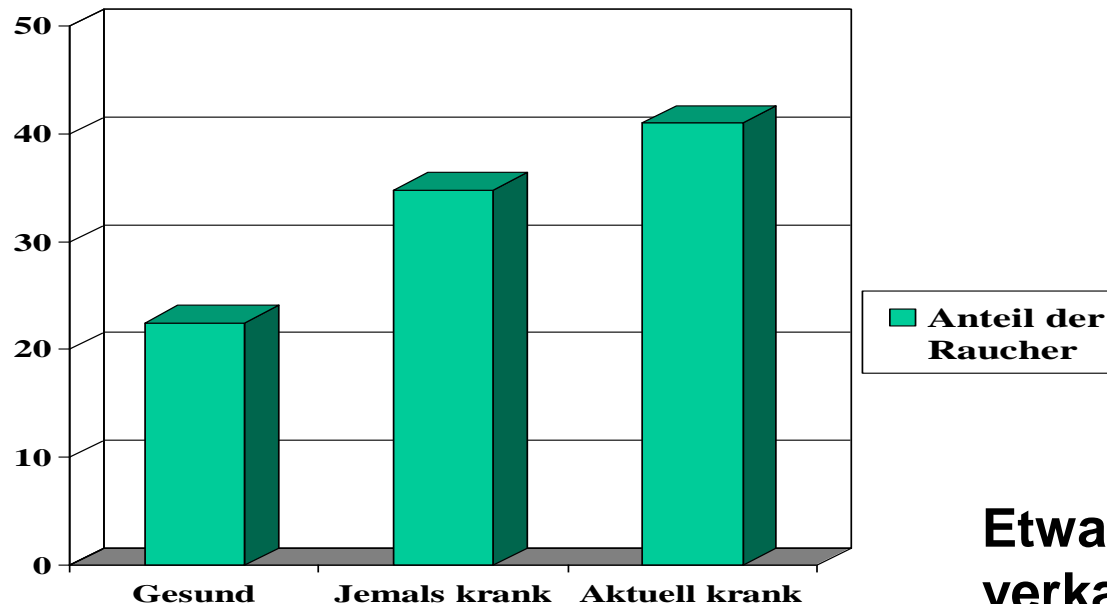
‡Significantly different from respondents without mental illness, χ^2 , $P < .001$.

Lasser, K. et al. JAMA 2000;284:2606-2610

JAMA

IFT

Psychisch kranke Personen rauchen **häufiger** und mehr als psychisch Gesunde



Etwa jede 2te in den USA verkaufte Zigaretten wird von einem psychisch Kranken konsumiert

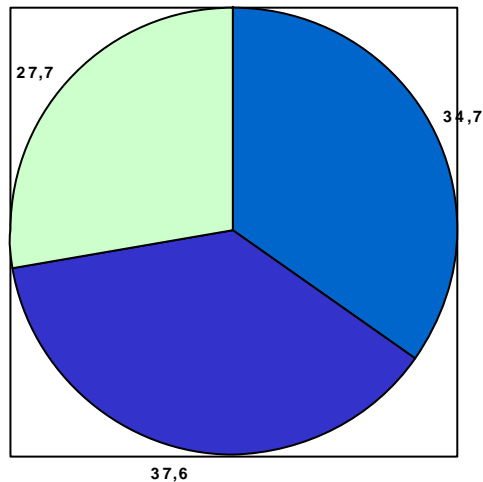
Lasser, K. et al. JAMA 2000;284:2606-2610

JAMA

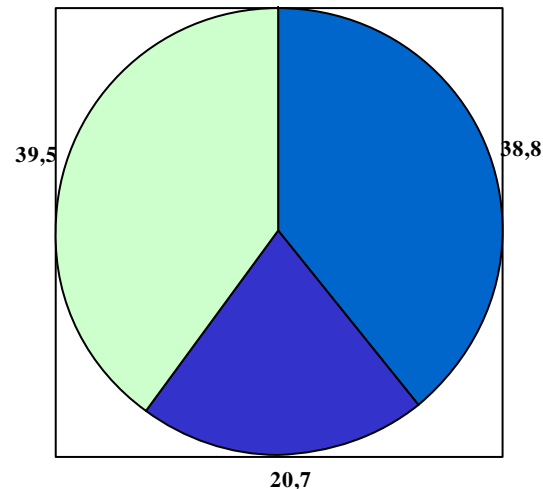
IFT

Je stärker psychisch krank, desto **häufiger** **und stärker** wird geraucht

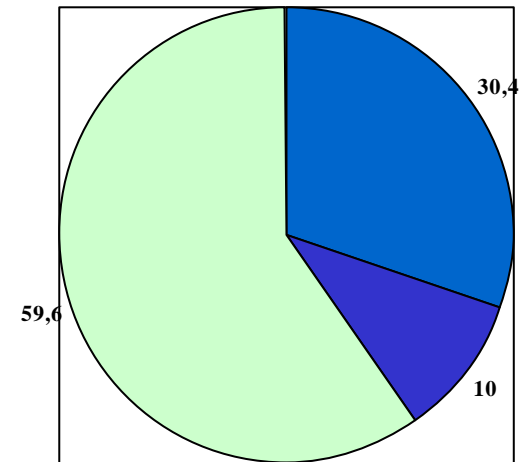
Personen mit
psychischer
Erkrankung
(mit Diagnose)



Personen mit
psychischer
Problematik
(mit und ohne Diagnose)



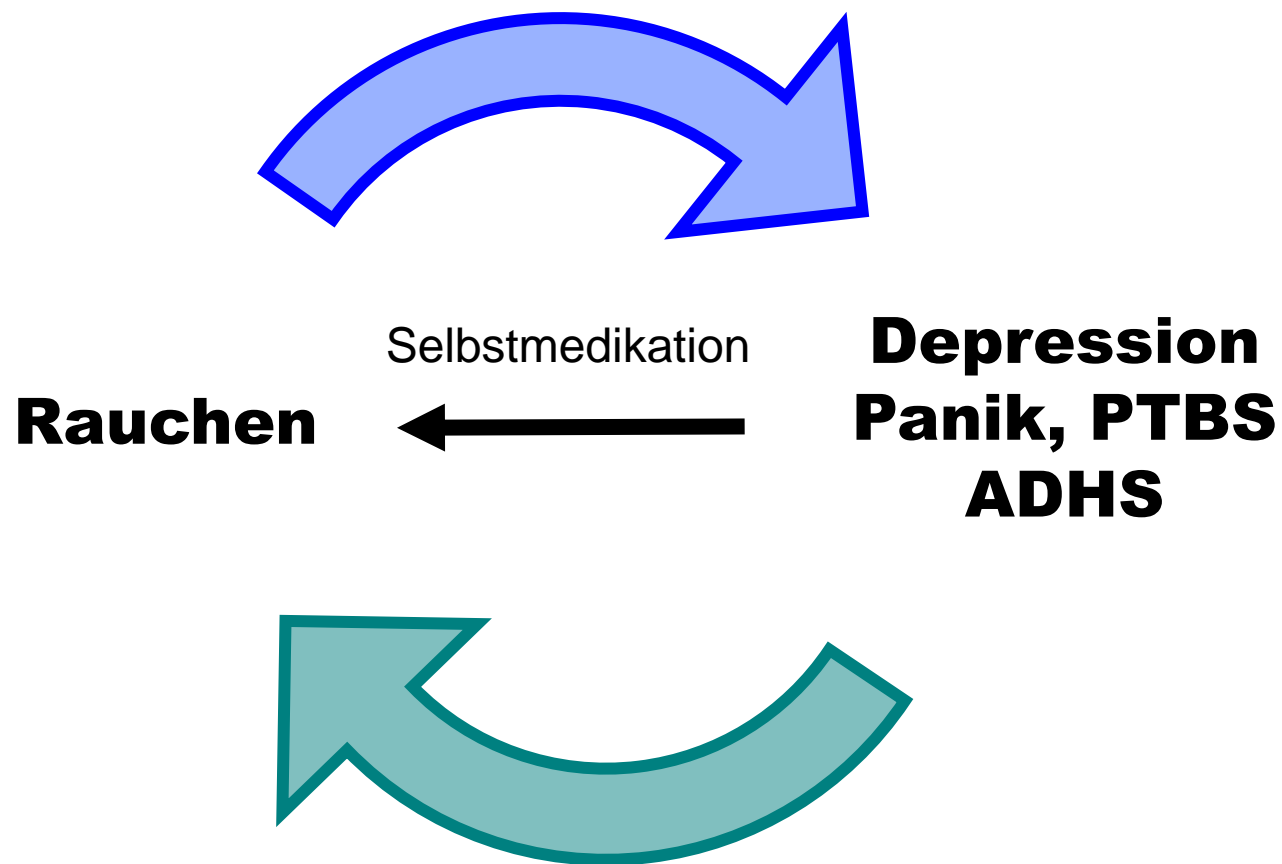
Personen
ohne psychische
Erkrankung



■ Raucher
■ Starke Raucher
□ Nie-Raucher

Anteil der starken und schwachen
Raucher und der Nichtraucher

Rauchen und Psyche



Zusammenhänge

1. Die psychische Erkrankung verursacht das Rauchen
 - ADHS, affektive Störungen
2. Die psychische Erkrankung erhält das Rauchen aufrecht
 - Affektive Störungen, Schizophrenie, ADHS
3. Rauchen verursacht die psychische Erkrankung/Auffälligkeit
 - Panik, ADHS, Suizidgedanken
4. Rauchen und psychische Erkrankungen haben gemeinsame Ursachen
 - Affektive Störungen, PTSD
5. Rauchen und psychische Erkrankungen stehen in Wechselwirkungen zueinander
 - Schizophrenie, Angststörungen

Diagnostik

Leitlinienempfehlung

- Diagnostik der Tabakabhängigkeit (F17.2.) und des schädlichen Gebrauchs von Tabak (F17.1)
 - Vorgegebenes Verfahren
- Fagerströmtest für Zigarettenabhängigkeit (FTCD/ auch FTND)
 - Weltweit am besten bewährtes und untersuchtes Verfahren zur Ermittlung der Intensität des Konsums und der Abhängigkeit
- Systematisches Screening
 - Alle Patienten sollen nach ihrem Tabakkonsum gefragt werden
 - Erfassung in einem Dokumentationssystem

Problematik einer Diagnosestellung

- Label als Krankheit, Pathologisierung
- Vermedizinierung bei der Therapieentwicklung
- Wie kommuniziere ich den Umgang mit der Störung?
- Notwendigkeit einer professionellen Therapie

Programmentwicklung

Das Rauchfrei Programm



**DAS
RAUCHFREI
PROGRAMM**

Das Gruppenprogramm der IFT Gesundheitsförderung und
der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
für alle, die

- langfristig rauchfrei leben wollen
- sich professionelle Unterstützung wünschen



IFT 

Merkmale

Gruppenprogramm, geschlossene Gruppe

3 bis 7 Wochen Dauer

3 bzw. 7 Kurstermine und 2
Telefontermine

Zielgruppe: erwachsene, zur Änderung
motivierte Raucher

Neuere Geschichte

- 2007 Das Rauchfrei Programm - Erste
Version
- 2008 Kompaktversion
- 2009 Klinikversion
- 2012 Das Rauchfrei Programm - Version
2012

Die neue Generation der Tabakentwöhnungsprogramme



IFT

IFT
Gesundheitsförderung
München

Das Rauchfrei Programm ist ein Tabakentwöhnungsprogramm der neuen Generation

Theoretische Basis ist die kognitive Verhaltenstherapie

- Problembezogen und zielorientiert
- Transparent
- Handlungsorientiert
- Hilfe zur Selbsthilfe

Für die Verhaltensänderung nutzt es alt bekannte Mechanismen der Veränderung und aktuelle Methoden der Psychotherapieforschung und -praxis

- Motivierung
- Ziel- und Wertklärung
- Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung, Ressourcenstärkung
- Unterstützung aus sozialen Netzwerken und Strukturen
- Spezifische Bewältigungsfertigkeiten
- Techniken der Emotionsregulation, Emotionen, verstehen, beeinflussen, vermeiden, akzeptieren, Stresstoleranz

Das Rauchfrei Programm: Evaluation

Jahresberichte

Trainerbefragung

Teilnehmerbefragung

- Routine („build in“): Prae-Post-Fragebogen zum Rauchverhalten, zur Programmbewertung
- Routine: telefonische Nachbefragung einer zufällig ausgewählten Stichprobe (n = 100 bis 200), anfangs nach 6 Monaten, aktuell nach 12 Monaten, Inhalt: Rauchverhalten
- Flexibel: spezielle Fragestellungen

2010: Studie zur Nachbefragung von 1.319 Teilnehmern zur Untersuchung spezifischer Hypothesen, gefördert durch das BMG

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

Das Rauchfrei Programm: Evaluation

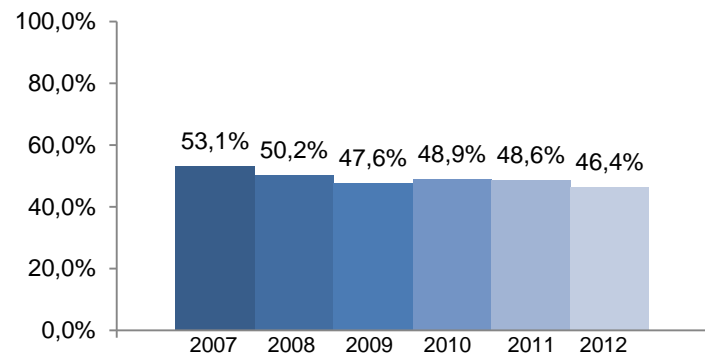
Kursleiter, Kurse und Teilnehmer

Jahr	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Anzahl der Kursleiter, die sich an der Evaluation beteiligten	121	352	357	237	270	250
Anzahl der Rauchfrei Kurse	156	574	666	448	464	447
Anzahl der erfassten Teilnehmer	1.039	3.755	4.018	3.338	3.119	2.925
Durchschnittliche Teilnehmerzahl pro Kurs		7	7	7	7	7
Anteil der von Kursleitern gemeldeten Teilnehmer der RF- Kurse, die sich an der Evaluation beteiligten		97%	96%	96%	94%	94%

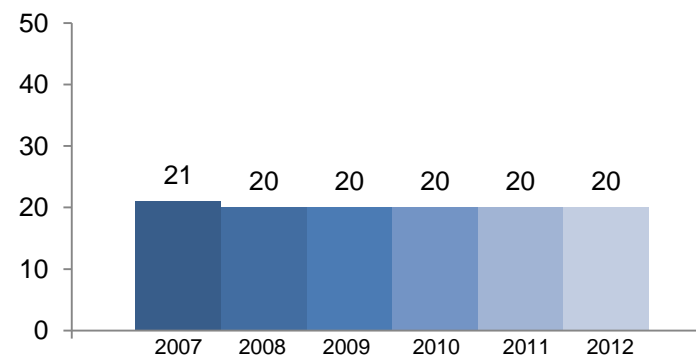
Zielgruppe des Rauchfrei Programms

Durchschnittsalter: 45 bzw. 46 Jahre

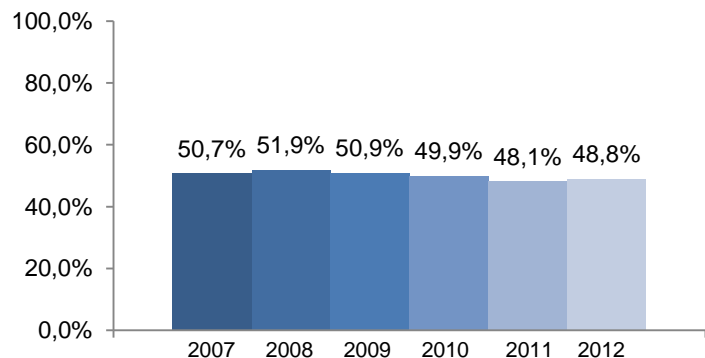
Frauenanteil



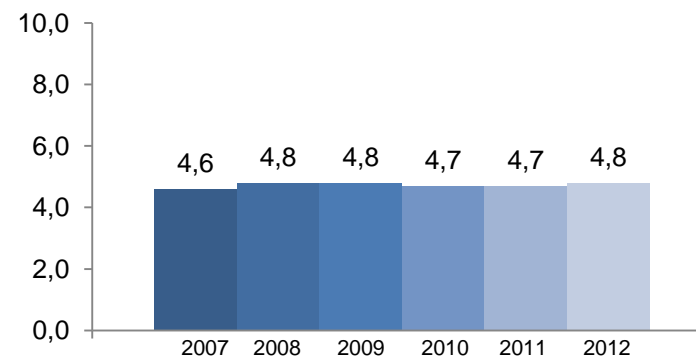
Durchschnittliche Zigarettenmenge/Tag zu Kursbeginn



Anteil der verheirateten Teilnehmer

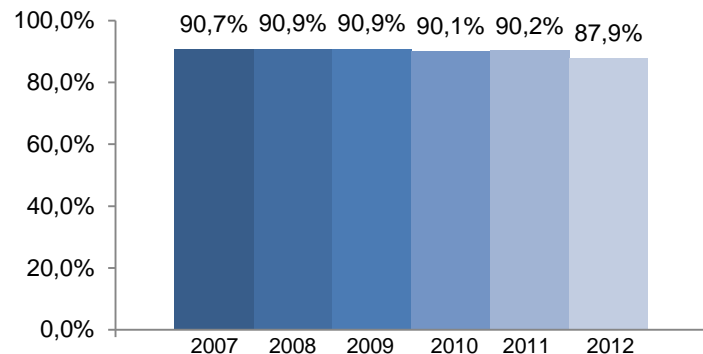


Fagerström Summenwert

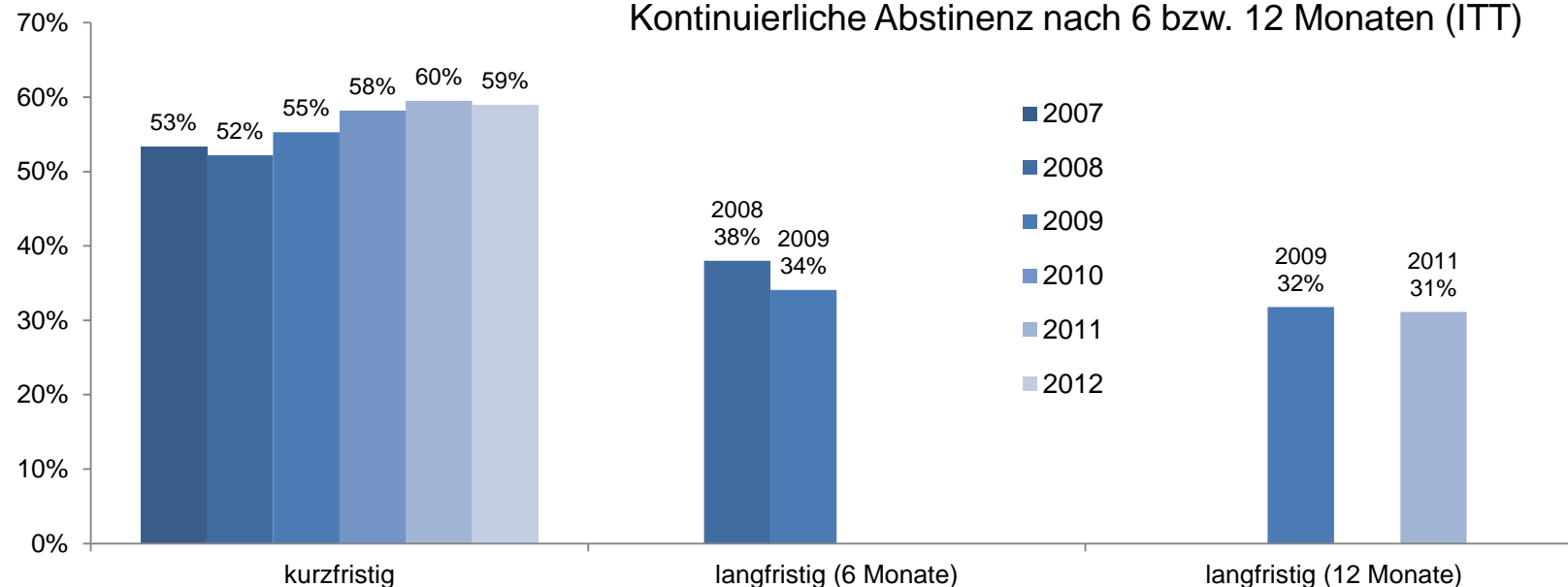


Abstinenzquoten

Anteil der Teilnehmer, die einen Rauchstopp durchführten



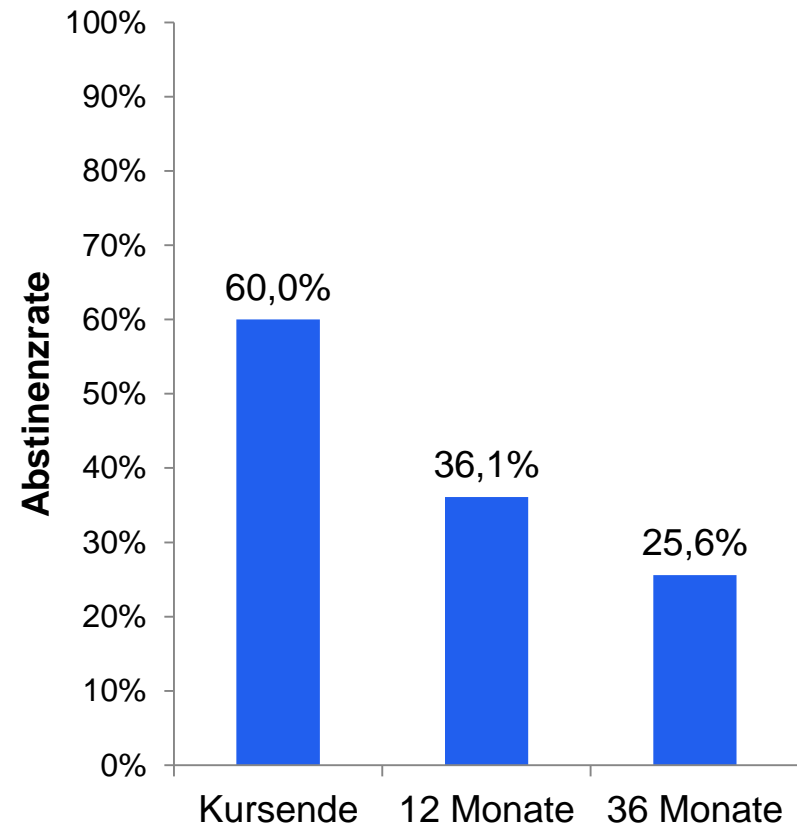
Kontinuierliche Abstinenz nach 6 bzw. 12 Monaten (ITT)



3-Jahresnachbefragung 2012

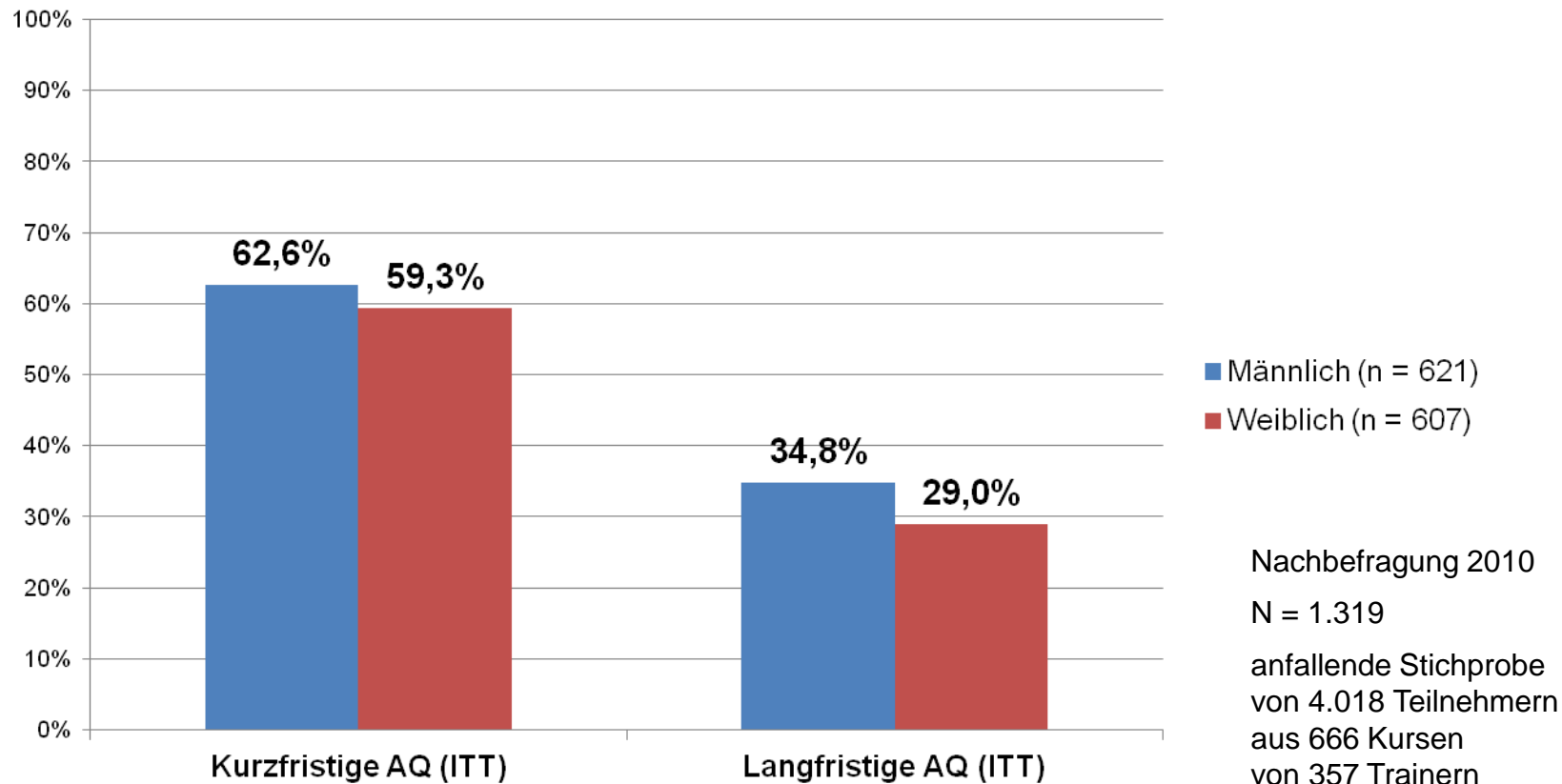
- 442 Teilnehmer des Rauchfrei-Programms im September und Oktober 2009
- Beteiligung nach 12 Monaten: 88,1%
- Ausschöpfung nach 36 Monaten
 - 77 ausgeschlossen weil umgezogen, Nummer falsch, verstorben →
N (ITT) =375
 - Beteiligung:
252 $\hat{=}$ 67,2% von N (ITT)

Kontinuierliche Abstinenzrate (ITT)



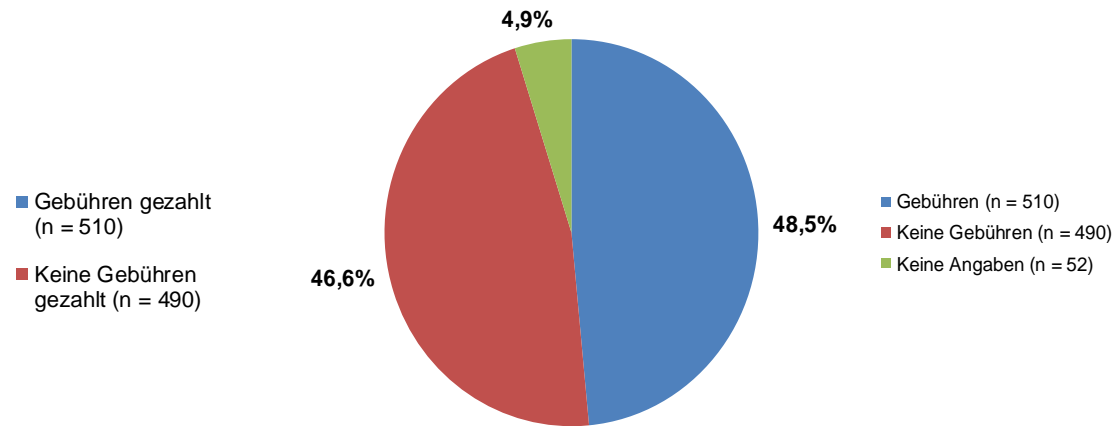
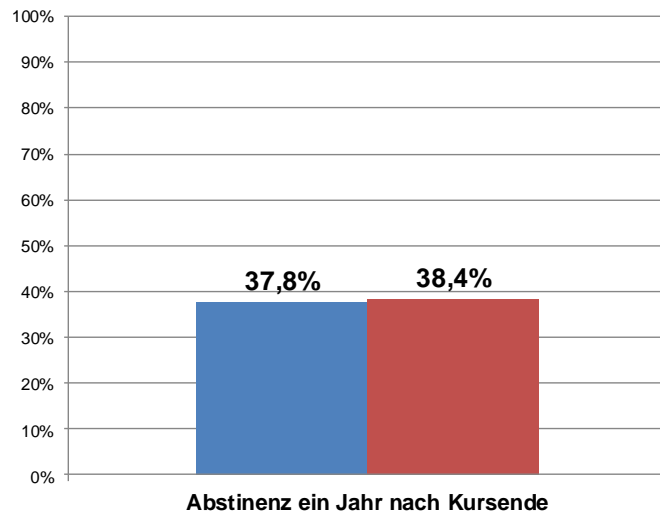
Geschlechtsspezifische Unterschiede

Männliche Teilnehmer sind ein Jahr nach Kursende eher rauchfrei

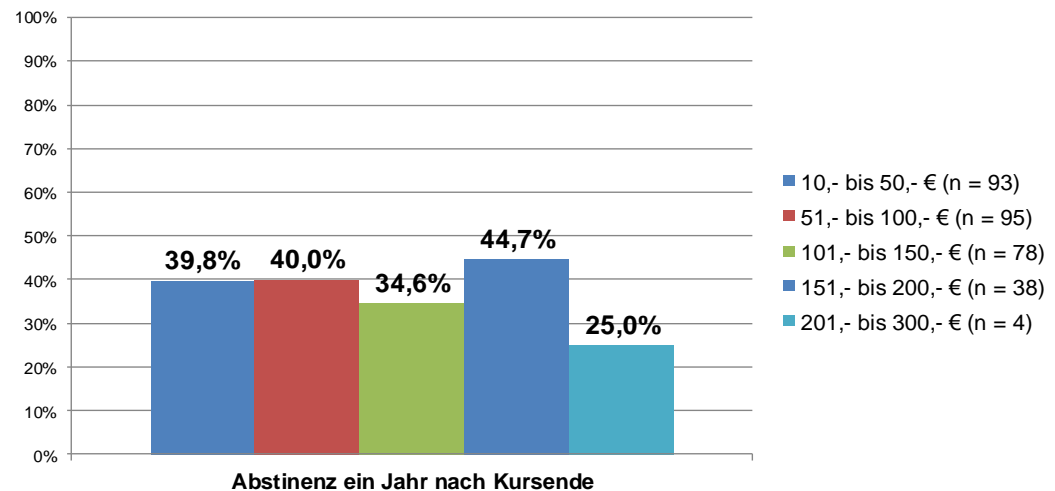


Das Rauchfrei Programm: Kursgebühren und langfristige Abstinenz

Gebühren: ja - nein



Höhe der Gebühren



Nachbefragung 2010

N = 1.319

anfallende Stichprobe
4.018 Teilnehmern
aus 666 Kursen
von 357 Trainern

von

Aufbau

	Basisprogramm	Kompaktprogramm	Themen
Vorbereiten	Infoveranstaltung	1. Gruppentreffen	Informationen zum Rauchen und rauchfreien Leben
	1. Gruppentreffen		Ambivalenz des Rauchers
	2. Gruppentreffen	2. Gruppentreffen	Denkfehler und Alternativen
	3. Gruppentreffen		Der Rauchstopp
Stabilisieren	1. Telefontermin	1. Telefontermin	Individuelle Beratung
	4. Gruppentreffen	3. Gruppentreffen	Umgang mit Risiken
	5. Gruppentreffen		Identität als rauchfreie Person
	6. Gruppentreffen		Zukunftsplanung
	2. Telefontermin	2. Telefontermin	Individuelle Beratung

Tabakentwöhnung in Reha-Kliniken

Rauchfrei nach Hause!?



IFT

IFT
Gesundheitsförderung
München

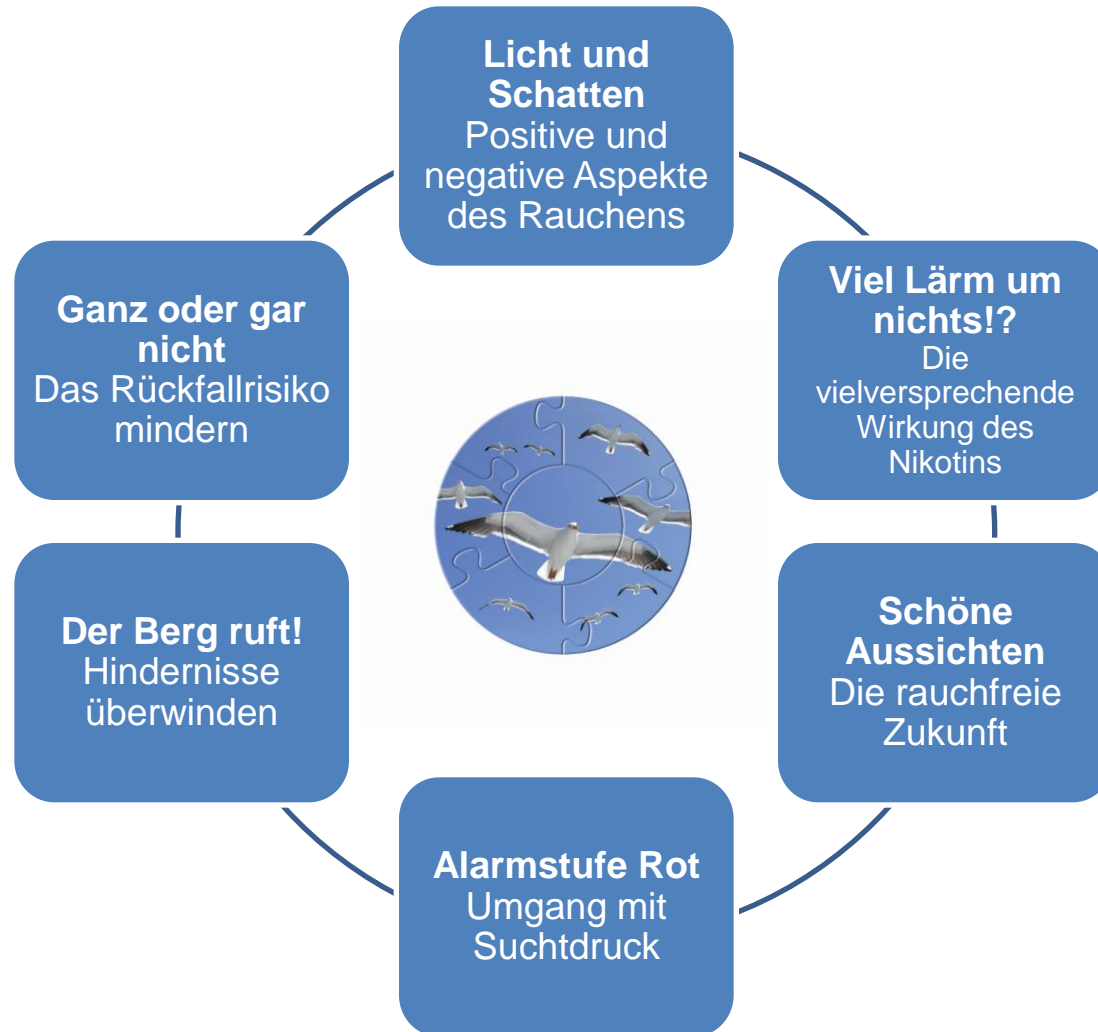
- **Niederschwelliger Zugang**
 - Zielgruppe sind alle rauchenden Patienten, egal ob sie aufhören wollen oder dem Rauchstopp ambivalent gegenüber stehen.
- **Offene Programmstruktur (optional)**
 - Teilnehmer können zu jedem Zeitpunkt einsteigen. So muss nicht gewartet werden, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt genügend Patienten für einen Gruppenstart rekrutiert sind.
- **Kompakter Zeitrahmen**
 - Das Programm besteht aus 6 Sitzungen à 60 Minuten. Bei 2 Sitzungen pro Woche ist ein Durchlauf in 3 Wochen möglich.
- **Evidenzbasierung**
 - Das Programm wurde evidenzbasiert konzipiert und in einer bundesweiten Studie evaluiert.

Rauchfrei nach Hause?!



IFT

IFT
Gesundheitsförderung
München



Pro – Contra Tabakentwöhnung bei psychischen Erkrankungen

Pro Aufhören, Konsumreduktion

- Reduktion der gesundheitlichen Risiken
- Positive Folgen für die psychische Störung
 - Durchbrechen des Teufelskreises zwischen Rauchen und der Exacerbation/Chronifizierung der psychischen Störung
- Lebensqualität: finanzielle Möglichkeiten

Pro Weiterräumen wie bisher, alles lassen, wie es ist

- Geringe Erfolgsaussichten
- Keine Alternativen zur Symptomkontrolle
- Kurzfristige Symptomverschlimmerung
- Hohe Rückfallgefahr
- Energievergeudung, Ressourcen können anderswo besser eingesetzt werden (wo?)

Tabakentwöhnung mit Personen mit psychischen Störungen

- Motivation ist vorhanden
- Gemischte Gruppen: Nicht mehr als 2 Teilnehmer pro Gruppe

Setting Psychiatrie: Metaanalyse (2002)

- Erfolge möglich
- Erhöhte Intensität und Individualisierung sinnvoll
- Kombination medikamentöser und kognitiver Maßnahmen
- Strukturelle Maßnahmen (Tabakpolitik)
- Soziale Unterstützung

Tabakentwöhnung mit Personen mit psychischen Störungen

Was kann man von psychiatrischen Pat (n=74) lernen, die es geschafft haben?

Aufhörgründe

- Befürchtungen wegen der Gesundheit (73%)
- Kosten der Zigaretten (71%)
- Ratschlag des Arztes (54%);
- Ratschlag von anderen (64%).

Hilfen/Unterstützung beim Aufhören

- Soziale Unterstützung durch Freunde und Familie (58%)
- Vorgaben des Arztes (46%)
- Anwendung von NRT (31%)

Dickerson et al 2011

Beschreibung des Programms „Losgelöst“



IFT

IFT
Gesundheitsförderung
München

- Kurs
 - 6 Sitzungen à 90 Minuten; Gruppenprogramm
 - Kursleiter-Manual & Teilnehmermappe
 - Nachbetreuung per SMS/Telefon
- Teilnehmerzahl: 5-8 Personen
- Alter: 14-17 Jahre
- Geschlechtsunspezifisch
- Setting
 - Schule (außerhalb des Unterrichts)



- Kognitiv-verhaltenstherapeutische Inhalte jugendspezifisch aufbereitet
- Fokussierung auf emotionale Elemente
 - Musik
 - Gruppendynamische, spielerische Elemente
- bei kognitiven Elementen altersspezifische Gestaltung (Vorgaben, möglichst wenig Text)
- Kurzfristige Belohnungen
- Wiederholung von Kursinhalten
- Individuelle Beachtung der Teilnehmer, Lob (v.a. 5. Treffen)

Beschreibung des Programms



IFT

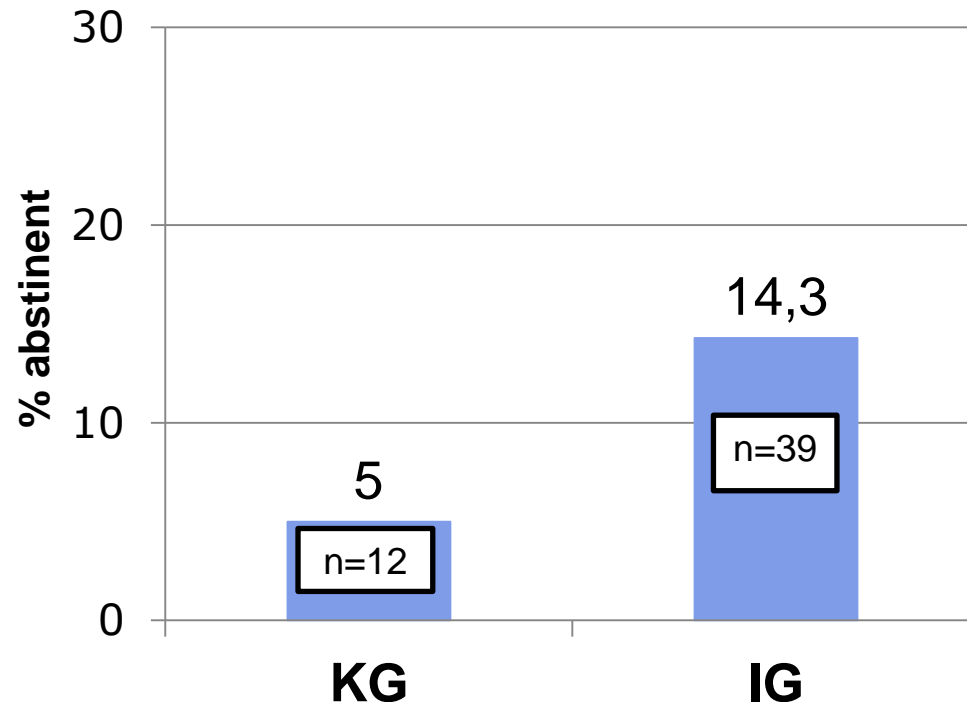
IFT
Gesundheitsförderung
München

1. Woche	Rekrutierung: Infoveranstaltung Infotreffen für Interessierte in der großen Pause
2. Woche	1. + 2. Treffen: Kennenlernen und Aufbau von Veränderungsmotivation
3. Woche	3. + 4. Treffen: Vor- und Nachbereitung des Stopptages
zwischen 3. und 4. Treffen: einheitlicher Stopptag	
4. Woche	5. + 6. Treffen 5. Treffen: Einzelgespräche à 15 Minuten 6. Treffen: Abschlussrunde, Stabilisierung
5.-8. Woche	Nachbetreuung (SMS + Telefon)

Evaluation „losgelöst“



ITT Rauchstopp-Raten 6 Monate später



Kontrolle für Prätest-Rauchverhalten, Abhängigkeit, Ausstiegsversuche, Ausstiegs motivation und –intention, und adjustiert für die geclusterte Datenstruktur war die Kursteilnahme ein signifikanter Prädiktor von 30-Tage Abstinenz zu Follow-Up (ITT; OR=2,55; CI 1,10-5,92; p=.03)

(Thrul, 2012)

Medikation und Substitution

Pharmakotherapie

- Nikotinpräparate (Pflaster, Kaugummi, Lutschtablette, Sublingualtablette, Spray, Inhaler)
- Zentralwirksame Medikamente: Antidepressiva (Zyban ®), Partielle Nikotinrezeptoragonisten (Champix ®)
- Nicht weiterverfolgte Interventionen (Nikotinimpfung, Rimonabant)

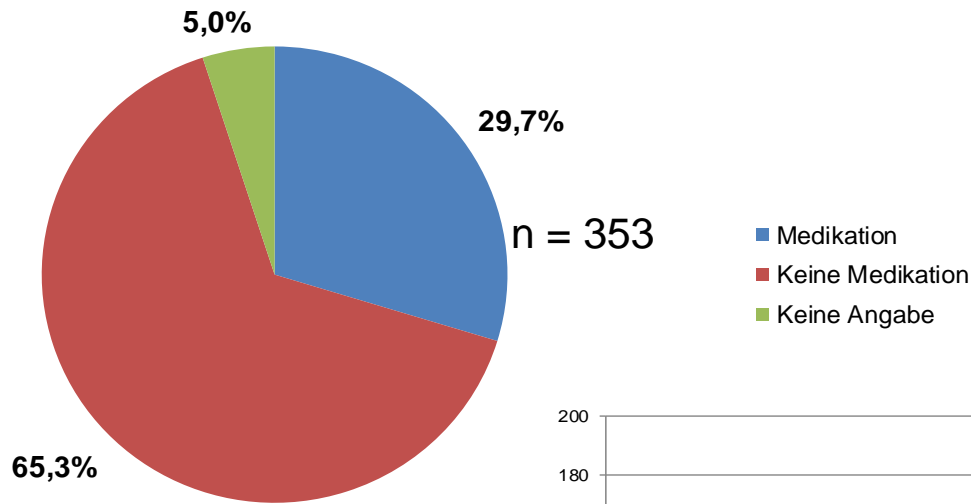
Empfehlungen der S3-Leitlinien

- **Nikotinersatztherapie (therapeutisches Nikotin, Substitution)**
 - Die medikamentöse Unterstützung des Rauchers mit Hilfe einer Nikotinersatztherapie (Nikotinkaugummi, Nikotininhaler, Nikotinlutschtablette, Nikotinnasalspray und Nikotinpflaster) ist wirkungsvoll und soll angeboten werden
 - Bei starken Rauchern sollen 4 mg Kaugummi angeboten werden
 - Bei starken Rauchern ist die Kombination von einem langwirksamen Präparat (Pflaster) und einem kurzwirksamen Präparat (Kaugummi, Spray oder Inhaler) wirkungsvoller als die Gabe eines Nikotinpflasters und soll angeboten werden
 - Bei starken Rauchern soll eine Kombination von Pflaster und Bupropion angeboten werden.
 - Nikotinersatztherapie kann zur Rückfallprophylaxe angeboten werden

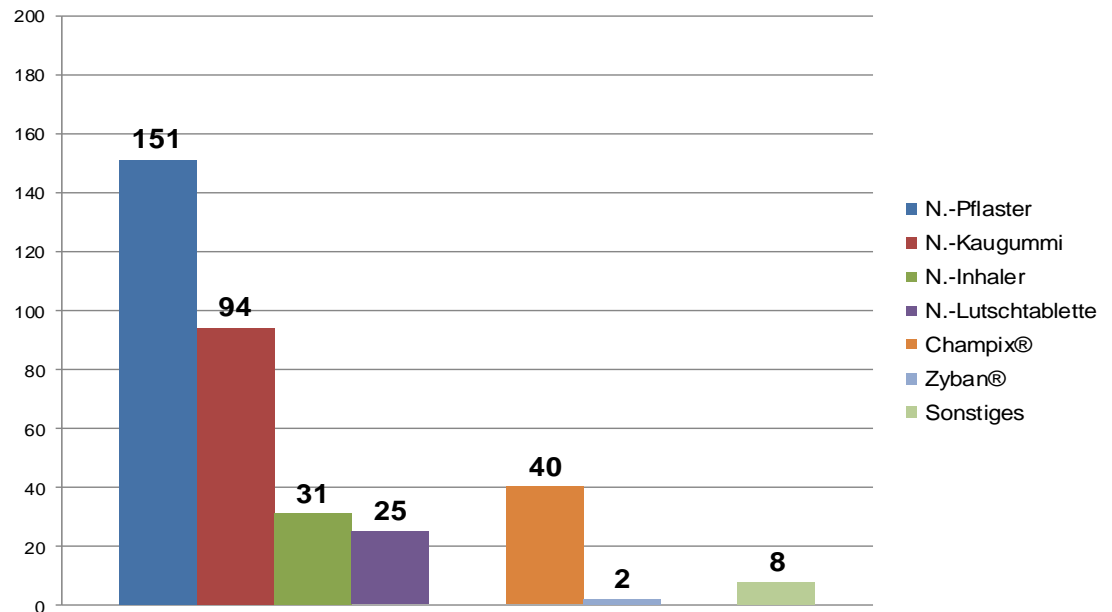
Empfehlungen der S3-Leitlinien

- Antidepressiva: Bupropion (Zyban ®, Elontril ®)
 - Die Wirksamkeit von Bupropion zur Tabakentwöhnung ist belegt.
 - Bupropion soll unter Beachtung möglicher Risiken (neurologische, neuropsychiatrische Nebenwirkungen) angeboten werden.
- Antidepressiva: Nortriptylin
 - Wirksamkeit ist belegt
 - Hinweis auf schwerwiegende Nebenwirkungen.
 - kann unter Beachtung möglicher Risiken angeboten werden
- Partielle Nikotinrezeptoragonisten: Vareniclin (Champix ®)
 - Wirksamkeit ist belegt
 - unsichere Evidenz für schwerwiegende Nebenwirkungen
 - soll unter Beachtung möglicher Risiken angeboten werden
- Partielle Nikotinrezeptoragonisten: Cytisin
 - Datenlage unzureichend; Studien deuten auf Wirksamkeit hin
 - Kann angeboten werden

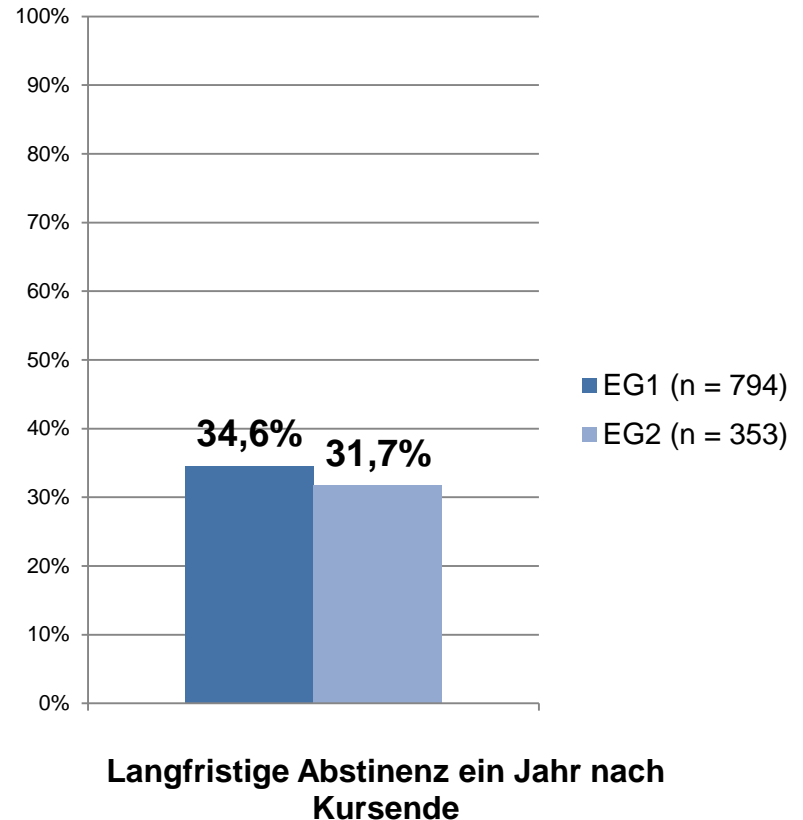
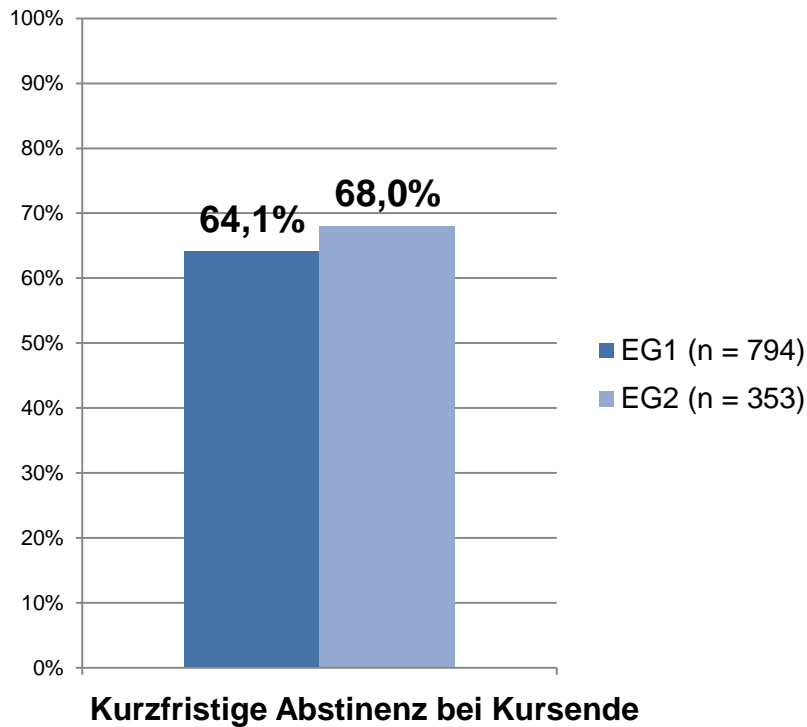
Anwendung von Medikamenten in den Rauchfrei Kursen



N = 794



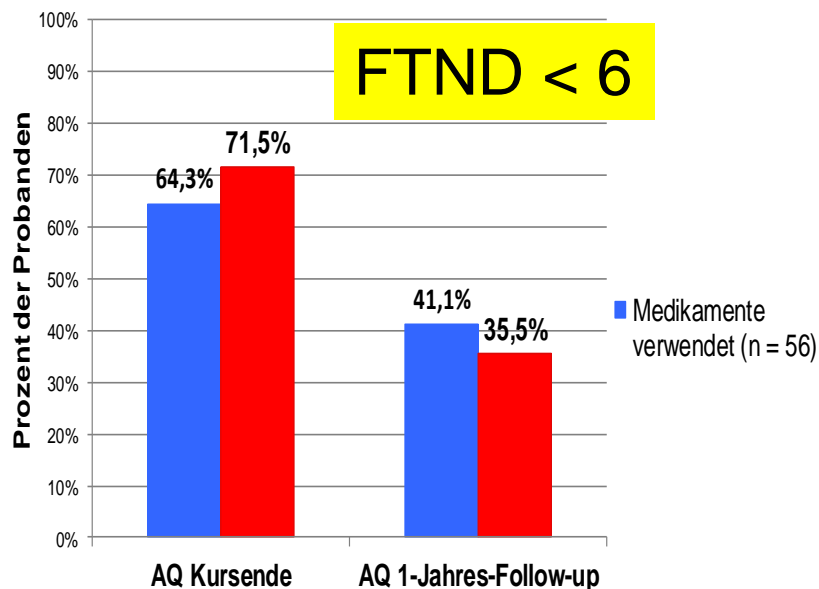
Abstinenzquoten der Teilnehmer mit und ohne Medikation



Wenn man in statistischen Analysen die möglichen Einflussvariablen (z. B. FTND) kontrolliert, findet man ebenfalls keine signifikanten Unterschiede

Abstinenzquote und Medikation

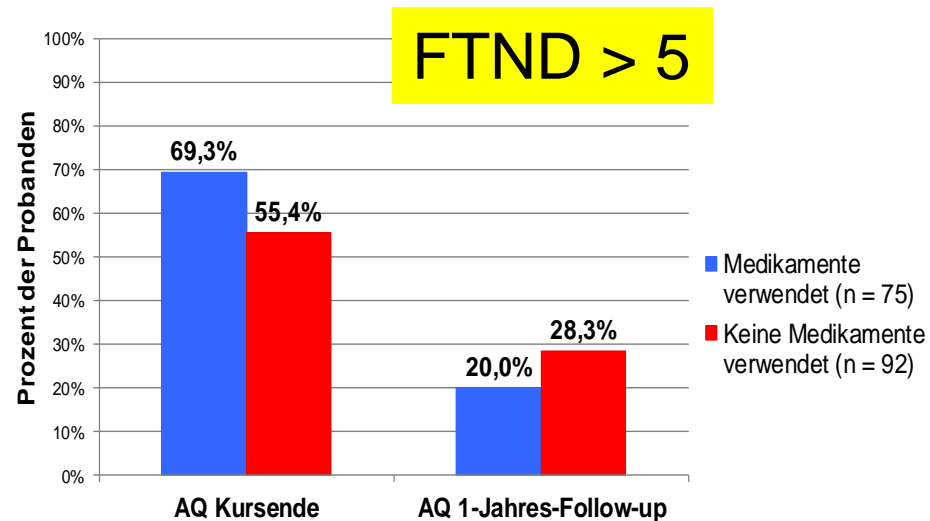
geringer vs. stärker körperlich abhängige Teilnehmer



Abstinenzquoten (AQ) der gering körperlich abhängigen Teilnehmer.

kurzfristig AQ: $\chi^2(1, 284) = 1,1, p = .29$;

langfristige AQ: $\chi^2(1, 284) = 0,6, p = .44$.



Abstinenzquoten (AQ) der stark körperlich abhängigen Teilnehmer.

kurzfristig AQ: $\chi^2(1, 167) = 3,4, p = .07$; langfristige

AQ: $\chi^2(1, 167) = 1,5, p = .22$.

Stellenwert der Medikation innerhalb der Tabakentwöhnung? Der spezifische Effekt einer Behandlung? Ein Gedankenspiel

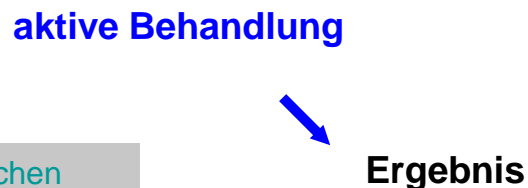
Medizinische Routinebehandlung



Behandlungssimulation mit Placebo



Verdeckte Gabe einer aktiven Behandlung



- **Therapie der Medikation**
 - Eliminieren so gut es geht, am besten völlig – wenn noch was zu verspüren ist, dann Dosis erhöhen.
 - Prinzip Vermeidung
 - Es gibt eine Lösung, eine Masterstrategie.
- **Therapie des Rauchfrei Programms**
 - Eliminieren so gut es geht. Erlernen einer Palette von Bewältigungsstrategien (Skillstraining), wenn sie nicht völlig zu eliminieren sind. Erlernen von Akzeptanz- und Hinwendungsstrategien, wenn man sie nicht bewältigen kann.
 - Medikation kann die Ausgangsbasis, Schwelle, Reaktionsbereitschaft beeinflussen, ist eine Bewältigungsstrategie von vielen.
 - Prinzipien: Vermeidung, aktive Bewältigung und Zuwendung,
 - Flexibler Umgang mit kritischen Situationen, individuelle Lösungen.

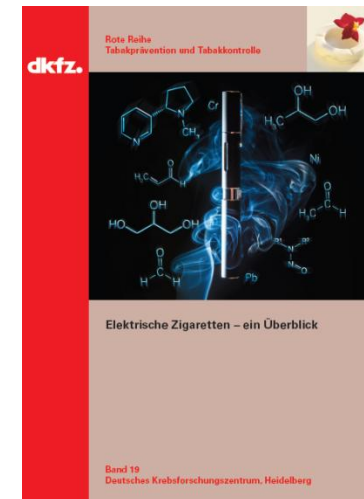
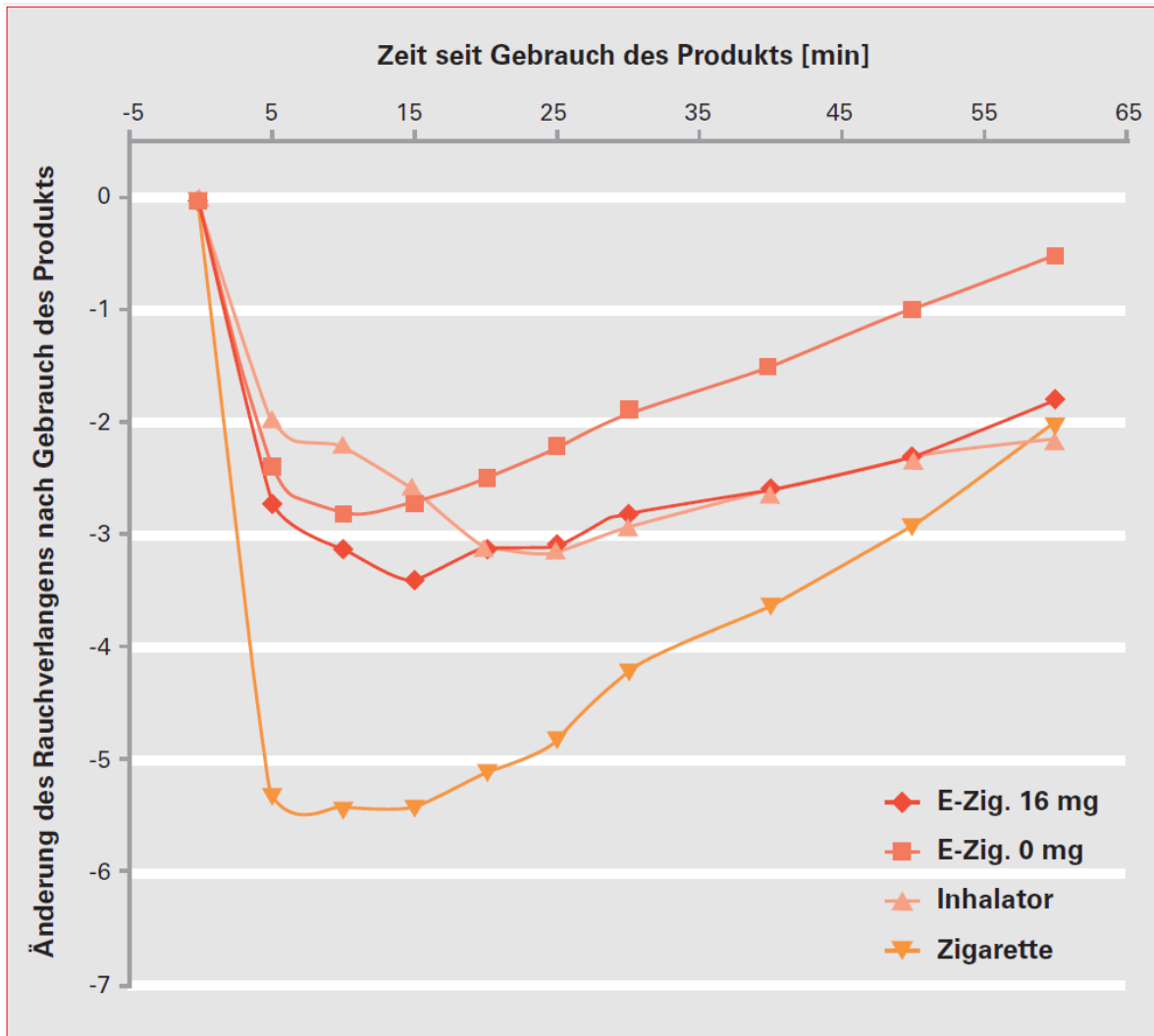
Methoden der Entwöhnung und deren Veränderungsmodelle



Elektronische Zigaretten

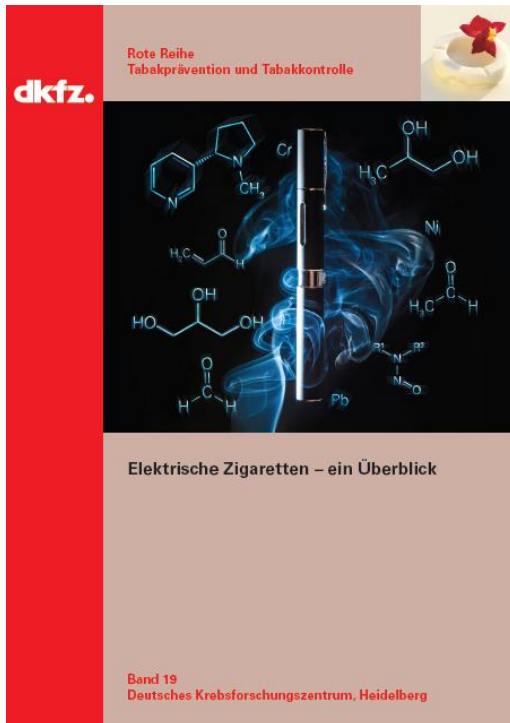
- Nikotinzufuhr ohne Tabakverbrennung (über Mundschleimhaut, nicht über die Lunge)
- Ursprünglich zigarettenähnliches Design, heute auch neutrales Design
- Vermarktung unklar, Werbung als qualmfreie Alternative, nicht als Medikation
- Wirksamkeit bei Tabakentwöhnung unklar, unzureichend erforscht
- Seit 2011 kontroverse Diskussionen in Deutschland (fällt sie unter das Rauchverbot, Suchtpotential, gesundheitliche Gefährdung, Zulassungsvoraussetzungen, Verkaufsstellen)

Kann die E-Zigarette craving reduzieren?



Rückgang von Rauchverlangen und Entzugssymptomen durch den Gebrauch von elektrischen Zigaretten.
Quelle: Etter & Bullen 2011
Darstellung: Deutsches Krebsforschungszentrum 2013

Kernaussagen des DKFZ zur E-Zigarette I



(Deutsches Krebsforschungszentrum, 2013)

Elektrische Zigaretten sind neuartige Produkte, die erst seit wenigen Jahren auf dem Markt sind. Dementsprechend gibt es nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen zu den gesundheitlichen Folgen des Konsums. Nach der aktuellen Datenlage lassen sich folgende Aussagen treffen:

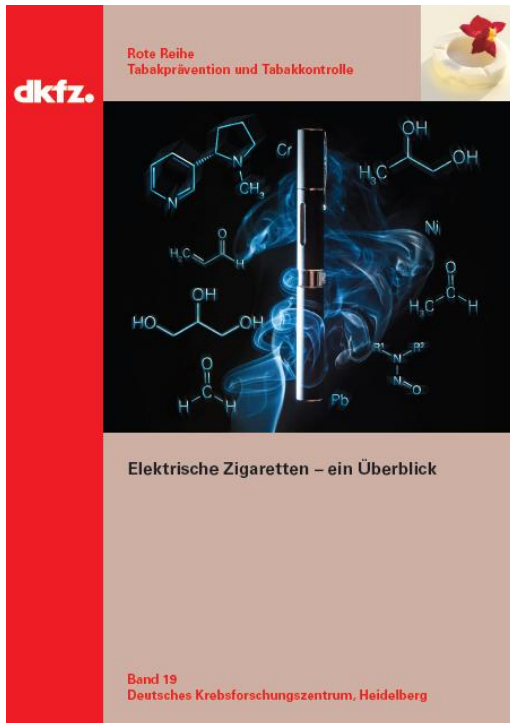
Produkteigenschaften

- Die elektrische Zigarette kann derzeit nicht als bedenkenlos bewertet werden.
- Der Verbraucher hat keine zuverlässigen Informationen zur Produktqualität.
- Elektrische Zigaretten weisen verschiedene technische Mängel auf (auslaufende Kartuschen, unbeabsichtigte Nikotinaufnahme bei Kartuschenwechsel, Möglichkeit einer unbeabsichtigten Überdosierung).
- Manche Hersteller deklarieren die Liquids unzureichend und teilweise auch falsch.

Gesundheitliche Auswirkungen

- Die Liquids enthalten Inhaltsstoffe, die bei Kurzzeitgebrauch die Atemwege reizen und zu allergischen Reaktionen führen können sowie bei wiederholter Inhalation über einen längeren Zeitraum hinweg möglicherweise gesundheitsschädlich sind.
- Das Aerosol mancher Liquids enthält gesundheitsschädliche Substanzen (Formaldehyd, Acetaldehyd, Acrolein, Diethylenglykol, Nickel, Chrom, Blei).
- Elektrische Zigaretten unterscheiden sich zum Teil erheblich in ihrer Funktionalität (Aerosolbildung, Abgabe von Nikotin ins Aerosol).
- Eine gesundheitliche Belastung Dritter kann nicht ausgeschlossen werden, da beim Konsum elektrischer Zigaretten feine und ultrafeine lungengängige Flüssigkeitspartikel, Nikotin und krebserzeugende Substanzen in die Raumluft abgegeben werden.

Kernaussagen des DKFZ zur E-Zigarette II



(Deutsches Krebsforschungszentrum, 2013)

Konsumenten von E-Zigaretten

- Elektrische Zigaretten werden vorwiegend von Rauchern und Rauchern, die einen Rauchstopp erwägen, sowie ehemaligen Rauchern verwendet.
- Elektrische Zigaretten werden zwar nur von wenigen Nichtrauchern verwendet, können diese aber dem Rauchen herkömmlicher Zigaretten näher bringen.
- Elektrische Zigaretten werden in erster Linie aufgrund der geringeren Gesundheitsgefährdung, die ihr zugeschrieben wird, als Alternative zu herkömmlichen Zigaretten sowie als Hilfsmittel zum Rauchstopp verwendet.

Nutzen in der Tabakentwöhnung

- Elektrische Zigaretten können – unabhängig von ihrem Nikotingehalt – das Rauchverlangen und Entzugssymptome verringern.
- Manche Raucher rauchen infolge des E-Zigarettenkonsums weniger oder hören auf zu rauchen.
- Der Nutzen von E-Zigaretten als Hilfsmittel für einen dauerhaften Rauchstopp ist derzeit nicht erwiesen.

Regulierung

- Für E-Zigaretten besteht dringender Forschungsbedarf hinsichtlich der Produktqualität, der Inhaltsstoffe, der gesundheitlichen Auswirkungen und der Wirksamkeit der Produkte als Hilfsmittel für einen Rauchstopp. Diesbezüglich müssen schnellstmöglich sorgfältig konzipierte Studien von unabhängigen, qualifizierten Wissenschaftlern durchgeführt werden.
- Elektrische Zigaretten sollten unabhängig von ihrem Nikotingehalt als Arzneimittel reguliert werden.
- E-Zigaretten sollten nicht an Kinder und Jugendliche abgegeben werden.
- Im Rahmen der Nichtraucherschutzgesetze sollten elektrische Zigaretten grundsätzlich herkömmlichen Zigaretten gleichgestellt sein.

Gleichstromstimulation im Rauchfrei-Kurs

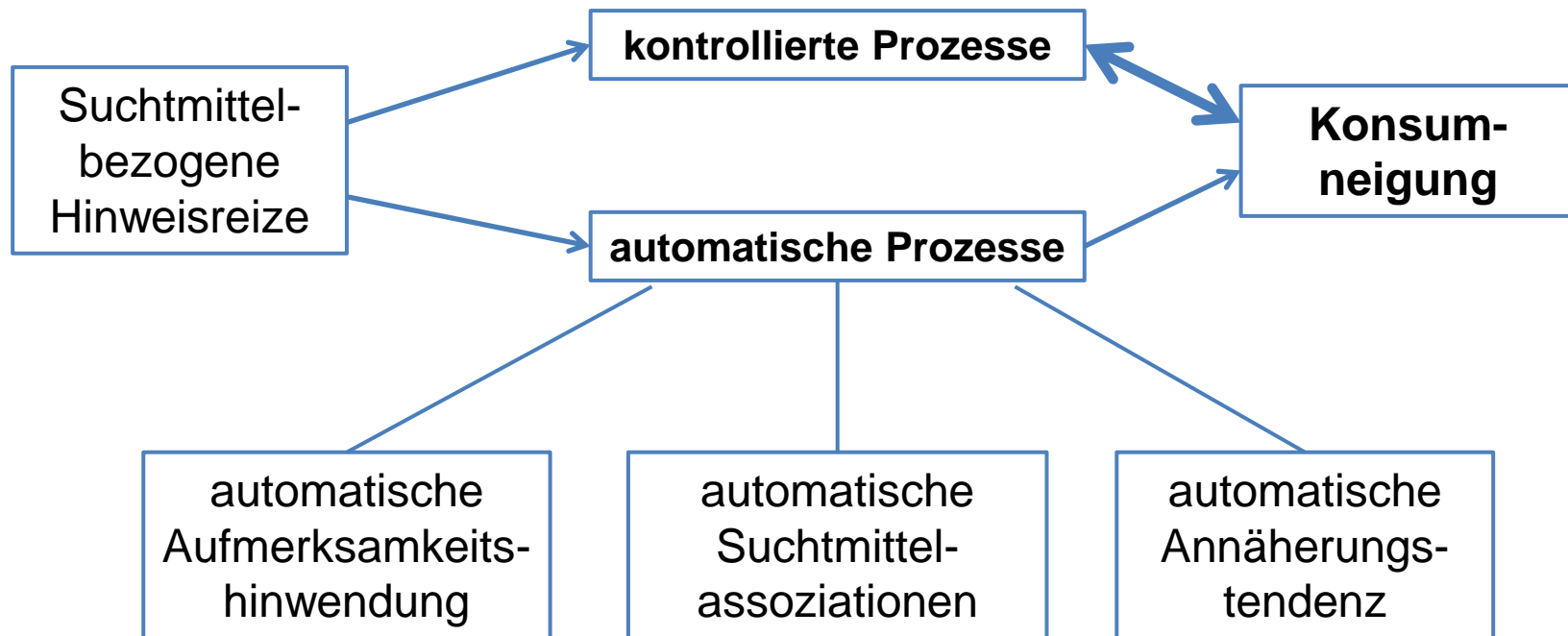


<http://www.br.de/fernsehen/bayerisches-fernsehen/sendungen/abendschau/rauchen-tabakambulanz-nikotin-sucht-stopp-aufhoeren-100.html>

Modell der Cue Reactivity

- Stimulusbedingungen (Trigger) einer Konsumsituation können an die jeweilige Suchtmittelwirkung konditioniert werden
- Von Betroffenen erlebt als starkes Verlangen (Craving) nach dem Suchtstoff
- Auslösereize bewirken konditionierte Reaktionen, die ihren Aufforderungscharakter zum Suchtmittelkonsum lange behalten können

Hintergrund der Cue Reactivity: Implizite Informationsverarbeitung (Wiers & Stacey, 2006)



Operante Evaluative Konditionierung

- Angenehme Stimuli → automatische Annäherung
- Unangenehme Stimuli → automatische Vermeidung
- Wiederholte Vermeidung → negativere Bewertung
- Training der automatischen Vermeidungstendenz, Schwächung der Annäherungstendenz



+



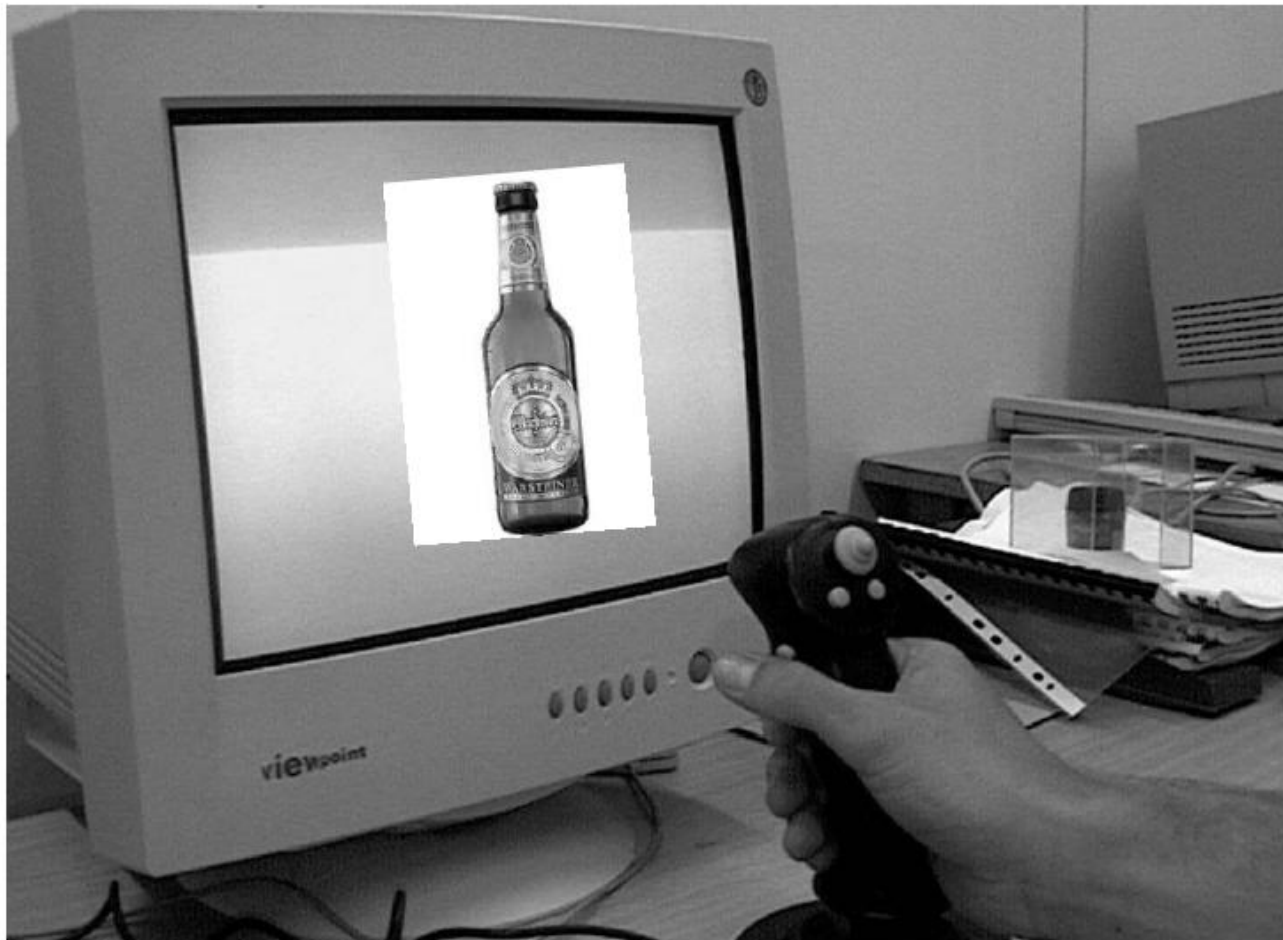
→

**Rückfall-
Prophylaxe**

(Rinck, 2013)

Messung

Die Joystick-Aufgabe (AAT, Rinck & Becker, 2007)



(Lindenmeyer)

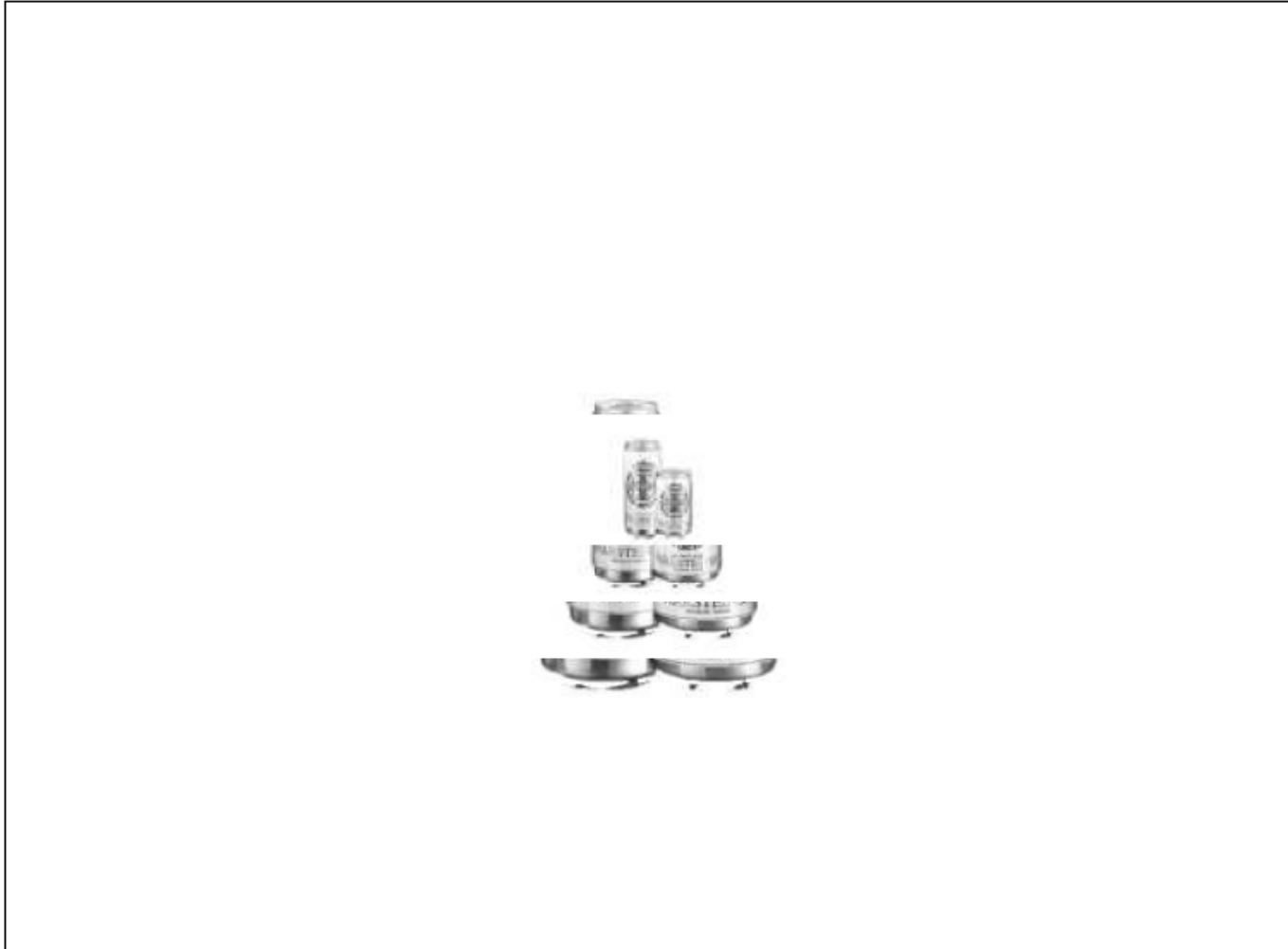
Die Joystick-Aufgabe



Alkoholfreie Getränke-Bilder: Heranziehen

(Lindenmeyer)

Die Joystick-Aufgabe



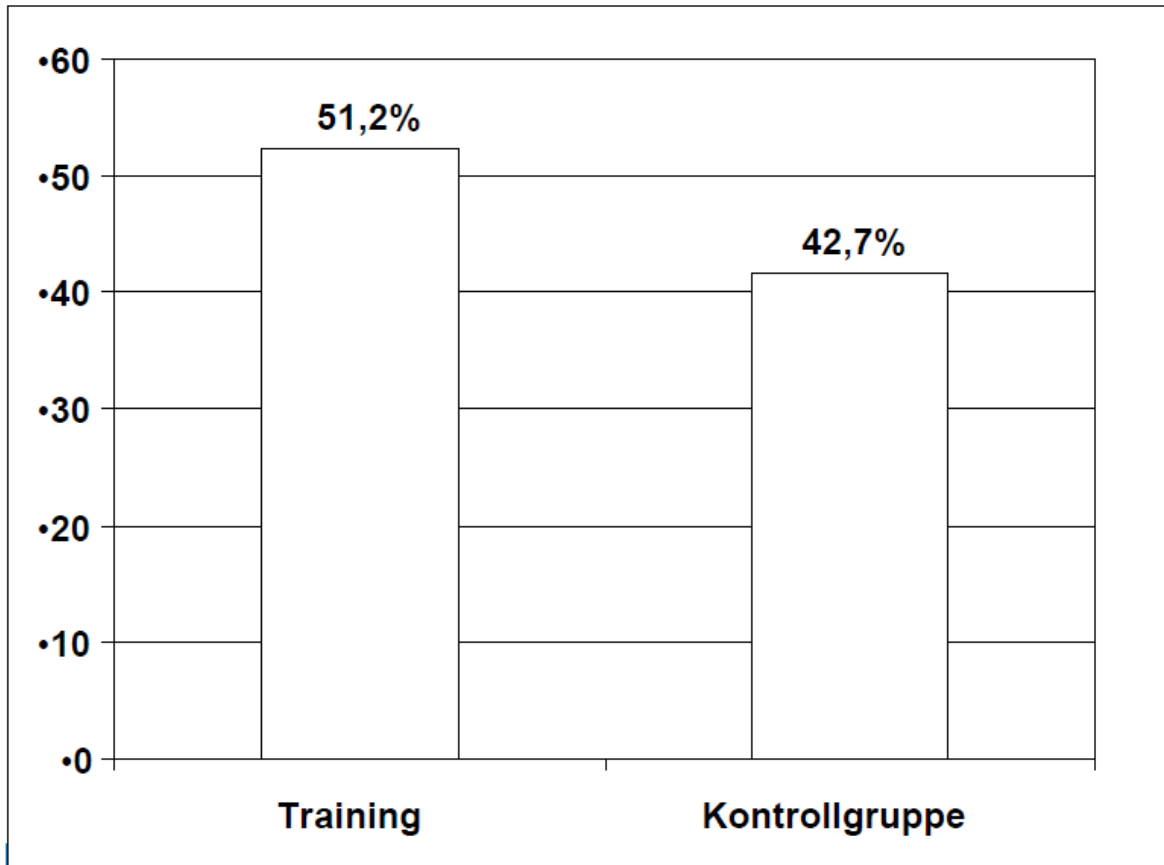
Alkohol-Bilder: Wegschieben

(Lindenmeyer)

Phase 2 Ergebnisse

1-Jahreskatamnese

DGSS 4 N=475



$p = .039^*$

(Lindenmeyer)

Strukturen der Tabakentwöhnung

ENSH Kodex für Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen

- Gesundheitseinrichtungen sind verpflichtet bei der Reduzierung des Tabakkonsums eine wichtige Aufgabe zu übernehmen
 - **zum Gesundheitsschutz vor Tabakrauch und**
 - **bei der Tabakentwöhnung für Personal und PatientInnen**
- PatientInnen und MitarbeiterInnen sollen mehr Chancen für eine gesunde Lebensführung erhalten.
- Gesundheitseinrichtungen entwickeln sich zu Kompetenzzentren für Raucherberatung und Tabakentwöhnung.

NUR Rauchverbot war gestern – Beratung ist Zukunft

Das ENSH-Konzept

- 10 internationale Standards mit 46 Kriterien
- Die gesetzlichen Regelungen umfassen lediglich 7 Kriterien: Nichtraucherschutz

Das PLUS:

- RaucherInnen erhalten Information, Beratung und Behandlung der Tabakabhängigkeit
- MitarbeiterInnen sind qualifiziert
- Gesundheitseinrichtungen entwickeln sich zu Kompetenzzentren für die Behandlung der Tabakabhängigkeit in der Region



rauchfrei plus
Gesundheitseinrichtungen
für Beratung und
Tabakentwöhnung



Die Kernstrategien zur Implementierung der Standards

- Unternehmensstrategie
- Grundsatz Partizipation
- Empowerment
- Gesundheitsförderung als Teil der Behandlung
- Verhältnisprävention
- Engagement für Gesundheit
- Qualität & Nachhaltigkeit
- Das eindeutige Engagement der Leitung und Führungskräfte / Integration in QM-Prozesse
- Veränderung mit Beteiligung (Befragung, Diskussion)
- Kompetenzen der Mitarbeiter erweitern
- Motivation und Tabakentwöhnungsangebote für MitarbeiterInnen und PatientInnen
- Anreize zum Rauchen entfernen
- Förderung des Nichtrauchens in der Region, Vorbildfunktion und Initiative
- Eine Sicherung der Entwicklung durch regelmäßige Überprüfung /Monitoring

Fax-to-Quit / Rauchfrei fax

- Rauchende Patienten werden von Ihrem Arzt (ambulant/stationär) per Fax an eine telefonische Raucherberatung vermittelt und von ausgebildeten Raucherberatern proaktiv kontaktiert.
- Patienten, die während eines stationären Aufenthalts mit dem Rauchen aufgehört haben, können noch von der Klinik aus in eine direkt anschließende telefonische Nachbetreuung überwiesen werden.



HELPLINE-BAYERN

RAUCHFREI-FAX

089 68999513

Name:

Ich möchte mit Ihrer Hilfe in meiner Absicht

rauchfrei zu werden

rauchfrei zu bleiben

telefonisch

unterstützt werden.

Bitte rufen Sie mich unter folgender Telefonnummer an:

Ich bin innerhalb dieser Zeiten telefonisch am besten erreichbar:

(Klinik-/Praxisstempel)

(Unterschrift des Patienten)

Wir verwenden Ihre Daten ausschließlich für das gewünschte Beratungsgespräch. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Erlaubnis zur Speicherung Ihrer Daten.

Wochentags sind wir für Sie von 9:00 Uhr bis 19:00 Uhr, am Donnerstag bis 20:00 Uhr kostenfrei telefonisch erreichbar:

0800 1418141

Vergütung von Maßnahmen zur Tabakentwöhnung

- Erstattung von Tabakentwöhnung:
 - Tabakentwöhnung nur als Präventionsleistung (§20 SGB V) bezuschusst
 - Tabakentwöhnungsmedikamente als „Wellness- oder Lifestylemedikamente“ vom Anspruch auf Behandlung explizit ausgenommen (§ 23 I SGB V)
 - Tabakabhängigkeit nach Psychotherapierichtlinien nicht als behandlungsbedürftige Krankheit eingestuft (§22)

- **Verfassungsrechtliche Grundlagen:**
 - Recht auf Gleichbehandlung
 - Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit geeigneten und erforderlichen ärztlichen Leistungen und Arzneimitteln bei Krankheit
 - Einschränkungen nur, wenn der Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind

Klageinitiative des WAT zur Erzwingung der Tabakentwöhnungs-Erstattung in der GKV

- Rechtliche Argumente für die Anerkennung
 - Nikotinsucht, die zu einem Verlust der Selbstkontrolle mit zwanghafter Abhängigkeit führt, ist ein anomaler, regelwidriger Körper- oder Geisteszustand und damit eine Krankheit.
 - Gesetzgeber missachtet Schutzpflicht für das Leben und die körperliche Unversehrtheit der Versicherten
 - Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit ärztlichen Leistungen und Arzneimitteln bei Krankheit ist verletzt
 - Recht auf Gleichbehandlung ist verletzt (Alkohol- und Drogenabhängige werden mit Medikamenten versorgt)
 - Kosteneinsparung rechtfertigt nicht den vollständigen Ausschluss einer einzelnen Krankheit
 - Ausschluss der Tabakentwöhnung nach dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit nicht haltbar, da Kosteneffektivität erwiesen
 - „Selbstverschuldung“ ist kein Ausschlussgrund (andere Süchte, Sportverletzungen..)