

Kontrollierter Konsum – eine echte Option oder die Büchse der Pandora?



PD Dr. Andreas Jähne
Oberberg Fachklinik Rhein-Jura Bad Säckingen
Oberberg Tagesklinik Lörrach

Tut Dir auch das Trinken wohl,
der Teufel sitzt im Alkohol!



Krankheitsverständnis bei Suchterkrankungen



Agents pour liquor into sewer following a raid
ca. 1921

Source: Library of Congress, Prints and Photographs Division

Krankheitsverständnis einer
dispositionellen Unfähigkeit zur
Konsumkontrolle Jellineck 1960

Suchtgedächtnis Böning 1994

Lebenslange Abhängigkeit AAs 1992

Schwerer Abhängige müssen abstinent bleiben
Sobell et Sobell 1995

In post hoc Analysen von KT schlechtere
Erfolge und Kontrollschwierigkeiten bei
schwerer Abhängigkeit Stockwell 1990

Therapiekonzept bei Suchterkrankungen

Kontakt:

- Konfrontation des soz. Umfeldes
- Hausarzt, Betriebsarzt, Beratungsstelle
- Förderung Änderungsbereitschaft und Behandlungsmotivation

Medizinische Behandlung:

- Entzug/Teilentzug/Konsumreduktion
- Diagnostik/Therapie Komorbidität
- Motivation zur weiteren Behandlung
- Planung weiterer Therapieschritte

Nachsorge:

- Individueller Nachsorgeplan
- Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Haus-/Facharzt, ggf. Medikamente
- ggf. Rehabilitations/ Milieuthherapie

Entwöhnung:

- Ambulant/teilstationär/stationär
- Fertigkeitentraining
- Stabilisierung Konsumfreiheit/abstinenz
- Wiederherstellung Erwerbsfähigkeit

Transtheoretisches Modell

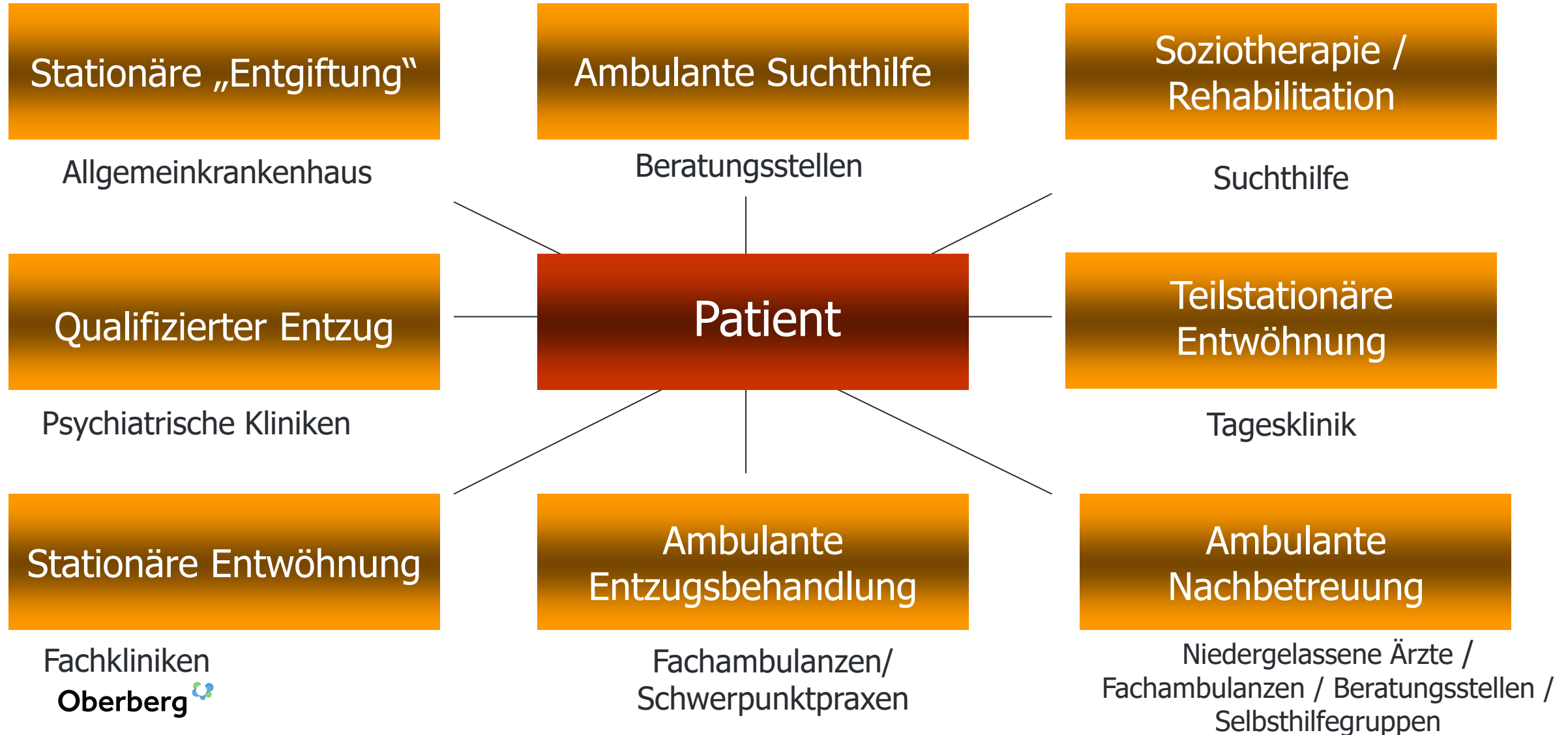
nach Prochaska und Di Clemente



Hierarchie der Therapieziele bei Alkoholabhängigkeit

- (1) Sicherung des Überlebens
- (2) Behandlung von Folge- und Begleiterkrankungen
- (3) Förderung von Krankheitseinsicht und Motivation zur Veränderung
- (4) Aufbau substanzfreier Phasen
- (5) Verbesserung der psychosozialen Situation
- (6) Dauerhafte Abstinenz
- (7) Angemessene Lebensqualität

Behandlungsnetz für Patienten mit Alkoholabhängigkeit



qualifizierte Entzugsbehandlung

Meist 3 wöchiges stationäres Programm nach vorheriger selbstst. telefon. Anmeldung

Entzugsbehandlung und körperliche Stabilisierung

somatische und psychiatrische Diagnostik

Förderung von Problemeinsicht und der Änderungsmotivation

Fertigkeitentraining und Rückfallvorbeugung

Angehörigenarbeit

Sozialarbeiterische Unterstützung

Motivation zur Weiterbehandlung und Vermittlung zur Nachsorge

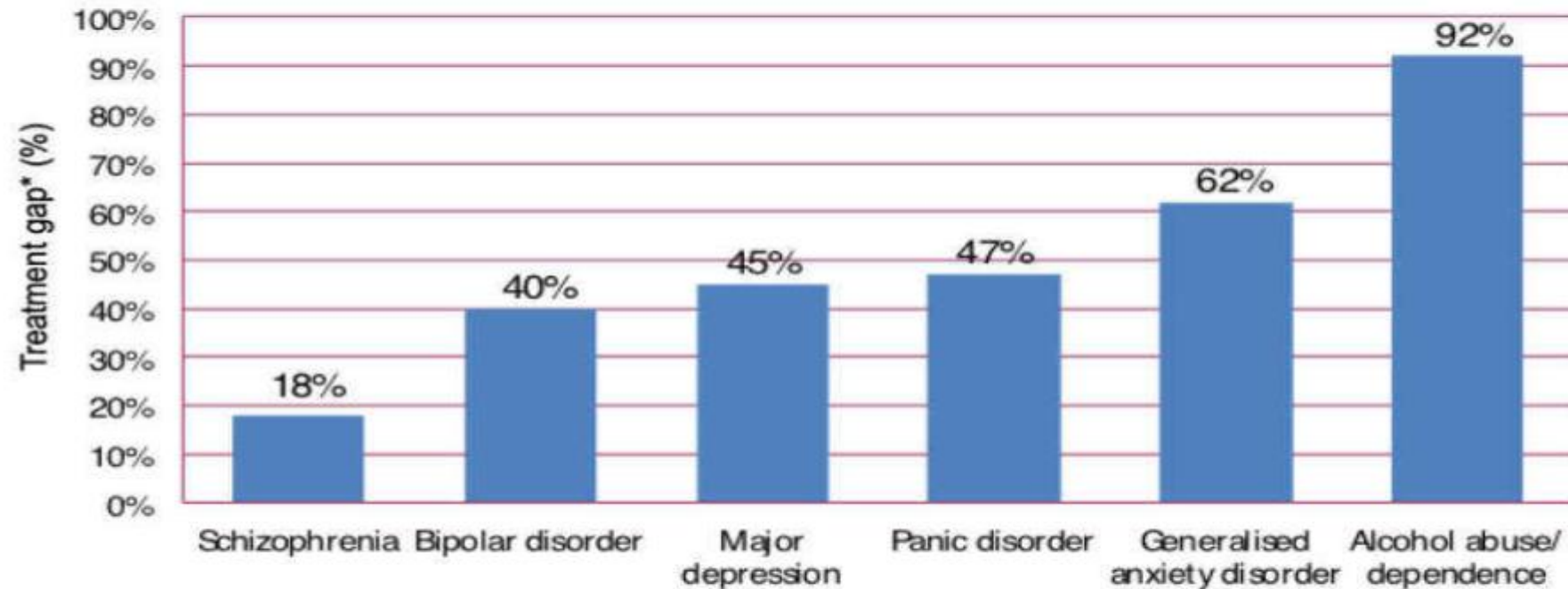
Wie steht's um den Erfolg:

Abstinenzquoten verschiedener
Therapieformen bei Alkoholabhängigen

	Entgiftung	Qual. Entzug	Stationär- ambulante Therapie	Stationäre Therapie	Campral (med. Anti- Craving)
Katamnese	1 Jahr	8 Monate	1 Jahr	6 Monate 1 Jahr	1 Jahr
Abstinenz- quoten	4 – 12 %	Ca. 50 %	65-68 %	67 % 60 %	22 %
Zahl der Patienten	1000	500	1000	1410 3060	2400
Studien	Diverse	Mann 2007	Mann 1993 Mann 1996	Küfner Zemlin	Soyka

© Dr. Hagenbuch ZFP

Vast treatment gap in alcohol dependence



Alcohol abuse and dependence have the widest treatment gap among all mental disorders

Less than 10% of patients with alcohol abuse and dependence are treated

*Treatment gap=difference between number of people needing treatment for mental illness and number of people receiving treatment

Kohn et al. Bull World Health Organ 2004;82:858-866

Auswahl zur Epidemiologie

Bevölkerungsrepräsentative prospektive NESARC-Studie N= 40.000

Nach 3 Jahren

93 % der ursprünglich abstinenten stabil abstinent

73 % der asymptomatisch Alkohol Konsumierenden stabil

49 % mit riskantem Konsum stabil

Dawson et al 2007

Ein Teil der auf Abstinenz Behandelten geht zu einem reduzierten Alkoholkonsum über

Gastfriend, Garbutt, Pettinati & Forman, 2007; Miller, Walters & Bennett, 2001,

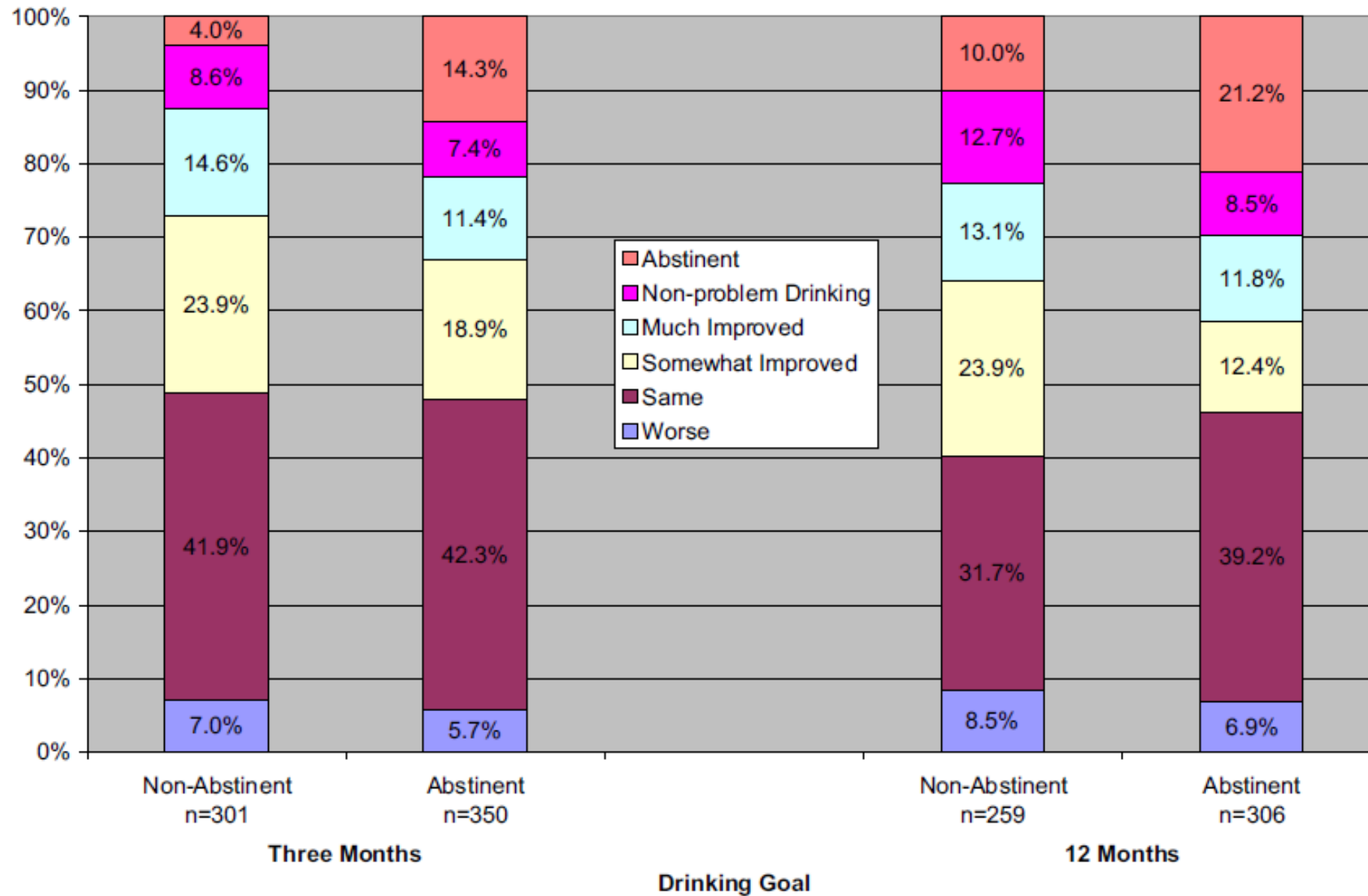
Project MATCH Research Group, 1998,

COMBINE Anton et al., 2006,

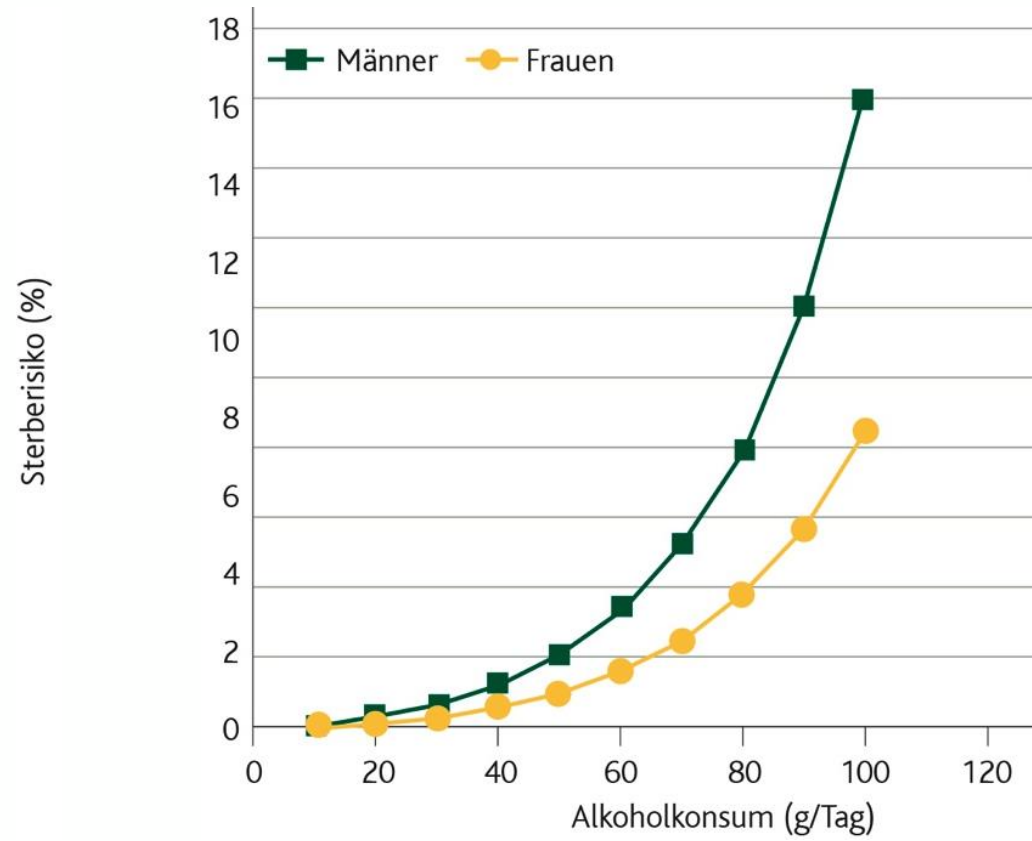
UKATT Adamson, Heather, Morton & Raistrick, 2010

Sieber, 2000; Meyer, Wapp, Strik & Moggi, 2014

Initial Preference for Drinking Goal: Treatment Outcomes

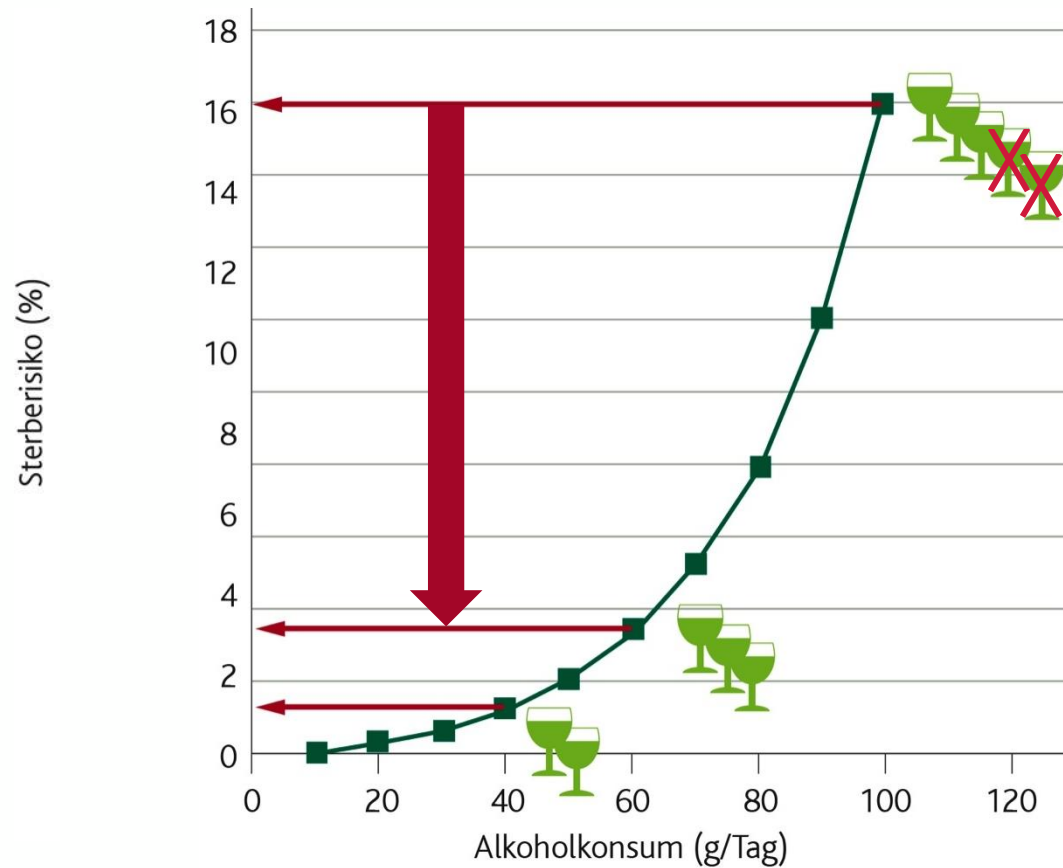


Lebenszeitrisiko für Mortalität

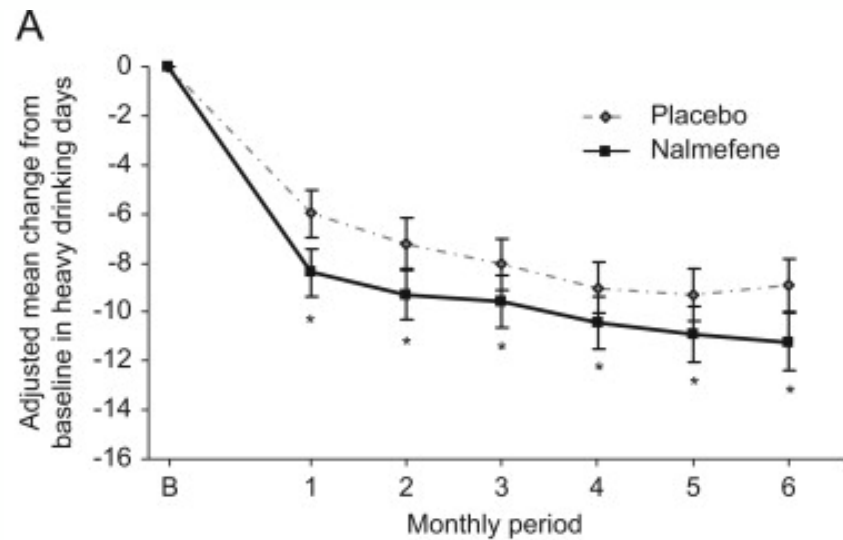


Effekte von Reduktion

Beispiel Mann

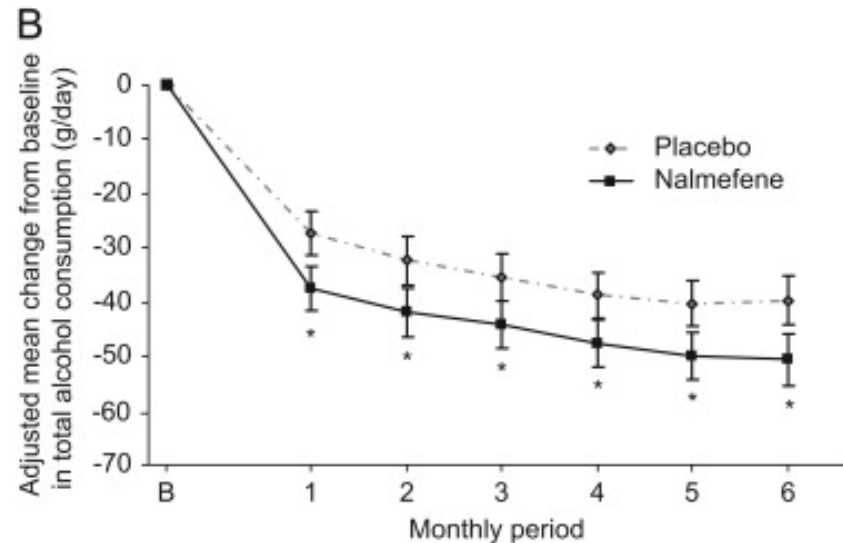


Nalmefen



mean number of heavy drinking days

nalmefene 19 to 8 days/month,
placebo 20 to 11 days/month



mean total alcohol consumption

nalmefene 84 to 33 g/day
placebo 85 to 45 g/day at Month 6.

Placebo	289	289	263	251	235	222	213
Nalmefene	290	290	249	217	185	165	152

Karl Mann, et al.

Biological Psychiatry 2013
Apr 15;73(8):706-13.

Table 3. Examples of controlled pharmacotherapy studies assessing a reduction goal

Authors	Number	Medication	Follow-up	Result	Remark
Heinälä et al. [86], 2001	121	Naltrexone/placebo 50 mg	12 weeks fixed 20 weeks flexible	No relapse to heavy drinking: Naltrexone + coping significant	No detox targeted use
Johnson et al. [99], 2003	150	Topiramate/placebo 25–300 mg	12 weeks	Drinks per day significant	No detox daily use
Karhuvaara et al. [88], 2007	403	Nalmefene/placebo 10–40 mg	12 weeks	Heavy drinking days significant	No detox targeted use
Johnson et al. [100], 2007	371	Topiramate/placebo	12 weeks	% heavy drinking days significant	No detox daily use
Mann et al. [89], 2013	604	Nalmefene/placebo 18 mg	26 weeks	Heavy drinking days and total alcohol consumption both significant	No detox targeted use
Gual et al. [90], 2013	718	Nalmefene/placebo 18 mg	26 weeks	Significant for heavy drinking days, but not for total alcohol consumption	No detox targeted use
Van den Brink et al. [91], 2014	675	Nalmefene/placebo	52 weeks	HDD and TAC not significant at predetermined time (6 months)	No detox targeted use, primary goal: safety

10-SCHRITTE- PROGRAMM

zum Kontrollierten Trinken

- 1. Aneignung von Grundinformationen über Alkohol**
(z.B. zu Maß der „Standardgetränkeeinheit“ und Alkoholgehalt typischer Getränke, Blutalkoholkonzentration usw.)
- 2. Beobachtung, Registrierung und Analyse des Trinkverhaltens**
(Führen eines Trink-Tagebuchs zur Beobachtung, Registrierung und funktionalen Analyse des Verhaltens im Hinblick auf Zeit, Art, Menge, Ort, sozialem Umfeld, Auslösern und Konsequenzen des Konsums)
- 3. Stärkung der Veränderungsmotivation**
(Abwägung der Vor- und Nachteile einer Veränderung des Trinkverhaltens, Stärkung der Motive pro Veränderung)
- 4. Festlegung von Konsumzielen**
(Abwägung zwischen den Zielen der Abstinenz und des kT; im Falle von kT: zunächst kurz-, später langfristige Planung des Trinkverhaltens [Festlegung der Trinkmenge: z.B. maximale tägliche und wöchentliche Alkoholmenge, Anzahl alkoholfreier Tage pro Woche])
- 5. Auswahl von Strategien zur Konsumbegrenzung**
(z.B. Abwechslung zwischen nichtalkoholischen und alkoholischen Getränken, Begrenzung der Trinkmenge pro Stunde, Trinkbeginn nie vor einer bestimmten Uhrzeit, Festlegung „alkoholfreier Zonen“, klare Trink- bzw. Abstinenzvorsätze für gesellige Anlässe usw.)
- 6. Aufbau sozialer Kompetenzen**
(Erwerb situationsangemessener Abgrenzungsstrategien [„nein sagen“]; Nutzung sozialer Unterstützungsressourcen)
- 7. Aufbau eines Belohnungssystems**
(Selbstverstärkung von Fortschritten in materieller [z.B. sich ein besonderes Essen gönnen], mentaler [sich eigene Erfolge bewusst machen und genießen] oder sozialer Form [z.B. exklusiven Ausflug/Reise mit Partnerin unternehmen])
- 8. Aktivierung alkoholfreier Formen der Freizeitgestaltung**
(z.B. Aktivierung früherer Hobbys)
- 9. Erwerb von Kompetenzen zur Bewältigung von Belastungen ohne Alkohol**
(z.B. bei Stress, Einsamkeit, Ängsten usw.)
- 10. Umgang mit Ausrutschern und Rückfällen**
(z.B. Reframing von Ausrutschern [„Entkatastrophierung“], Bewältigung von „Ausrutscher-Tagen“ usw.)

Behavioral Self-Control Training (BSCT)

BSCTs insgesamt wirksam (d.33),

wirksamer als keine Intervention (d.94)

wirksamer als andere, nicht auf Abstinenz ausgerichtete Interventionen (z.B. Alkohol- Infogruppe, d.20).

abstinenzbezogenen Programmen mindestens ebenbrütig (d.28), längerfristig (1 Jahr) tendenziell überlegen (d.35).

nicht-abhängige Konsumenten ($d = .34$) und Alkoholabhängige ($d = .32$,) profitieren gleichermaßen

Förderung der Änderungsbereitschaft

Vermittlung der Diagnoseergebnisse

Information bzgl. Untersuchungsbefunde

Vermeidung von Pathologisierung und Übertreibungen

Ärztliche Empfehlung (→ risikoarmer Konsum)

Verringerung der Trinkmenge

Mindestens 1-2x / Woche alkoholfreier Tag

Verzicht auf Alkoholkonsum über längere Zeit

Änderungsentscheidung treffen

Eigenverantwortung betonen

Nicht zu Entscheidung drängen, sondern Entwicklung gemeinsamer Ziele

Kontakterhalt auch bei Ablehnung

Schadensbegrenzende Interventionen

Förderung der Änderungskompetenz I

20



Veränderungsziel festlegen

Konsumziel zu Beginn festlegen (Menge, Frequenz, zeitliche Stufen)

Wie viel Alkohol möchte ich höchstens pro Tag trinken?

Wie viel Alkohol möchte ich höchstens in der Woche trinken?

An wie vielen Tagen pro Woche möchte ich keinen Alkohol trinken?

Förderung der Änderungskompetenz II

Vermittlung von Techniken zur Zielerreichung

Zeit: z.B. erst nach der Arbeit ab 18 Uhr

Ort: z.B. nicht in dem Raum, in dem man bisher bevorzugt getrunken hat

soziales Umfeld: z.B. nicht alleine; nicht zusammen mit "Vieltrinkern"

eigenes Befinden: z.B. nicht wenn gestresst oder deprimiert

Getränkevariation: z.B. vor jedem alkoholischen ein großes nichtalkoholisches Getränk als Durstlöscher

Trinkgeschwindigkeit: z.B. nicht mehr als ein halbes Standardgetränk pro Stunde (d.h. nicht mehr als 10 Gramm Alkohol = 0,25 Liter Bier oder 0,1 Liter Wein); in kleinen Schlucken trinken

Keine oder geringe Vorratshaltung

Abstinenz an 1-2 Tagen / Woche

Öffentliche Bekanntgabe der Trinkziele (Erhöhung der Selbstverpflichtung)

Einbeziehen von Ressourcen und Bezugspersonen

Begleitung und Beobachtung

Gemeinsame Prüfung der Einhaltung der Konsumziele im Verlauf

ggf. realistische Anpassung

Lob für Aufrechterhaltung von Verhaltensänderung

Besprechen der Gründe für Nichteinhaltung des Trinkziels

Entwicklung alternativer Strategien, verbindliche Vereinbarung des nächsten Gesprächstermins



Trink-Tagebuch

Woche vom

bis

KW

Tag	Uhrzeit Beginn des Konsums	Art und Menge des Alkohols (Mit Alkoholprozentangabe)	Anzahl Standard- Einheiten ¹⁾	Ort (zu Hause, im Lokal, am Kiosk, usw.)	Anwesende Personen (PartnerIn, Freunde, zufällig Anwesende)	Auslöser (unangenehme oder angenehme Gefühle, best. Gedanken, körperliches Befinden)
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						

Summe der Standardeinheiten der Woche

¹⁾ 1 Standardeinheit = 0,5 l Bier oder 0,2 l Wein bzw. 0,2 l Sekt oder 3 einfache 40%ige Schnäpse

VORV!DA

- ✓ Verschreibungsfähiges Medizinprodukt
- ✓ Zur Reduzierung übermäßigen Alkoholkonsums
- ✓ In Studie erwiesene Wirksamkeit*
- ✓ Zuzahlungsfrei und ohne Wartezeit

diga@gaia-group.com

040-3510 520

www.vorvida.de

vorvida® ist eine Marke der GAIA AG

Wenn Sie Fragen haben oder weitere Informationen wünschen, kontaktieren Sie uns.
Wir sind gerne persönlich für Sie da.

Willkommen beim ersten vorvida-Gespräch, Thomas!



"Trinke ich eigentlich zu viel...?"

Haben Sie sich diese Frage schon einmal gestellt? Oder hat vielleicht jemand anderes das schon zu Ihnen gesagt?

Wenn Sie den Eindruck haben, dass Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren möchten, kann ich Ihnen dabei helfen, das zu schaffen.

 Herzlich willkommen! vorvida stellt sich vor (00:55 min)

Ich habe ein Audio vorbereitet, in dem ich dieses Programm vorstelle. Hören Sie gerne rein, wenn Sie wollen.

Im Laufe unseres Programms werde ich Ihnen immer wieder Audios und Übungen zum Download anbieten. Sie finden das Material auch im Menü unter [Übungsmaterial](#).

☒ Ja, zu viel zu trinken ist genau mein Problem.

☐ Ich bin mir nicht sicher, ob Alkohol ein Problem für mich ist...

☐ Zu viel trinken? Ich glaube nicht, dass das ein Problem für mich ist.

Weiter

Trifft man auf einen Auslöser, der den Wunsch nach Alkohol in entstehen lässt, passiert noch etwas: **Die Gedanken verändern sich.**

Hierzu wieder ein Beispiel:

Alexander hat sich vorgenommen, weniger zu trinken. Dazu hat ihm auch sein Arzt nach der letzten Untersuchung geraten. Sein Vorsatz lautet: "Ich trinke so lange nicht mehr, bis meine Leberwerte wieder in Ordnung sind."



Ein paar Tage später ist Alexander auf einer Geburtstagsparty eingeladen. Er denkt: "Eine gute Gelegenheit, meinen Vorsatz mal auf die Probe zu stellen: Ich trinke alkoholfreie Cocktails!" Auf der Party trifft er allerdings eine gute Freundin, die er schon lange nicht mehr gesehen hat. Sie strahlt ihn an und reicht ihm ein Glas: "Wie schön dich zu sehen! Darauf müssen wir anstoßen!" Alexander denkt: "Kann ich jetzt wirklich nein sagen...?" Seine Vorsätze sind dahin.

Kennen Sie das vielleicht von sich selbst, Thomas? Dass Sie sich trotz eines festen guten Vorsatzes dann doch anders verhalten?

☐ Ja, das kenne ich nur zu gut!

☒ Ab und zu ist das so bei mir.

☐ Nein, das kenne ich nicht von mir.

Weiter

Ihr täglicher Alkohol-Check

Um am eigenen Alkoholkonsum etwas zu verändern ist es hilfreich zu wissen, wie viel man trinkt.



Wie viel haben Sie **gestern** getrunken, Inge?

Auf dem Bild sehen Sie typische Beispiele für Standard-Getränke. Unter einem Standard-Getränk wird z.B. ein **kleines Bier** (0,33 Liter), ein **kleines Glas Wein** (0,1 Liter) oder ein **doppelter Schnaps** (4cl) verstanden.

Ich habe gestern **keinen** Alkohol getrunken.



Ca. **1/2 Standardgetränk** (z.B. 1/2 kleines Bier, 1 Schnaps (2cl), 1/2 Glas Wein).



Ca. **1 Standardgetränk** (z.B. 1 kleines Bier, 2 Schnäpse, 1 Glas Wein).



Ca. **1,5 Standardgetränke** (z.B. 1,5 kleine Biere, 3 Schnäpse, 1,5 Gläser Wein).



Ihr täglicher Alkohol-Check

Auswertung:

Sie haben gestern **ca. 4,5 Standardgetränke** getrunken, z.B. 4,5 kleine Biere (0,33 Liter), 9 Schnäpse (2cl) oder 4,5 Gläser Wein (0,1 Liter).

Ihr täglicher Alkohol-Check

Je höher, umso mehr haben Sie gestern getrunken



Hier geht es zur **Startseite** von vorvida.

LOS GEHT'S!

So kann der Patient seine Fortschritte sehen – das motiviert und ermöglicht es ihm, seine Entwicklung objektiv zu bewerten.



Bei vorvida-Nutzern zeigte sich nach 6 Monaten eine deutlich stärkere Reduktion der Trinkmenge als in der Kontrollgruppe.

Quelle: Zill JM, Christalle E, Meyer B et al. Wirksamkeit einer Internetintervention zur Reduktion von Alkoholkonsum bei Erwachsenen. Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie (vorvida). Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 127-33; DOI: 10.3238/arztebl.2019.0127

Erfolgsprädiktoren

Mehr Patienten entscheiden sich während KT für Abstinenz als umgekehrt (>5 Quellen)

Selbstwirksamkeitsüberzeugung unter KT ist tendenziell besser als unter Abstinenz

Mehrzahl der Betroffenen strebt Reduktion und NICHT Abstinenz an (<10 Quellen)

Zielentscheidung (Abstinenz oder KT) trifft Patient selbst und verfolgen dies auch unabhängig vom Behandler (<10 Quellen)

Gute Behandlungsergebnisse wenn Patienten die Therapie bekommen, die ihrem Ziel entspricht (>15 Quellen)



Kontrolliertes Trinken – wann nicht

"Es ist fahrlässig und gefährlich, wenn einem Alkoholkranken suggeriert wird, kontrolliert trinken zu können", DHS 2001

(Manifeste Alkoholabhängigkeit)

schwere körperliche Entzugerscheinungen.

Soziale Folgen unter Alkoholkonsum (z.B. Gesetzesverstößen, Gewalttätigkeiten usw.)

Bereits erreichte Abstinenz

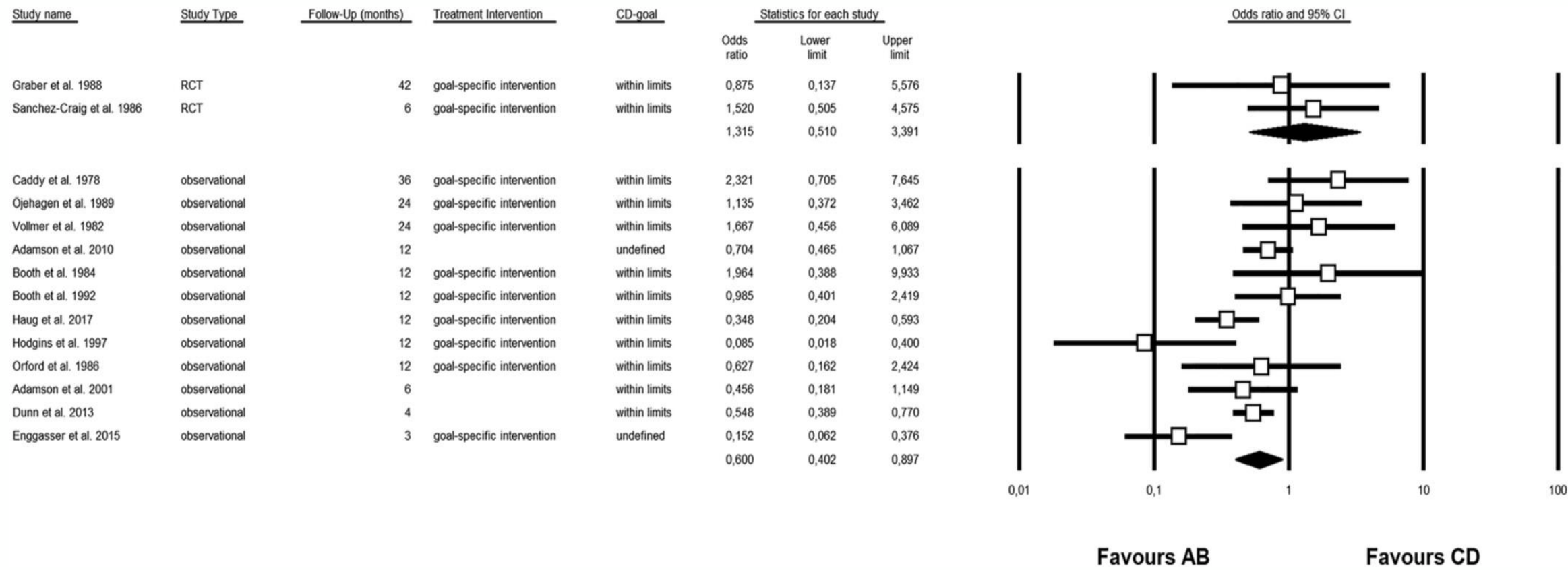
körperliche Vorschädigung

Schwangerschaft.

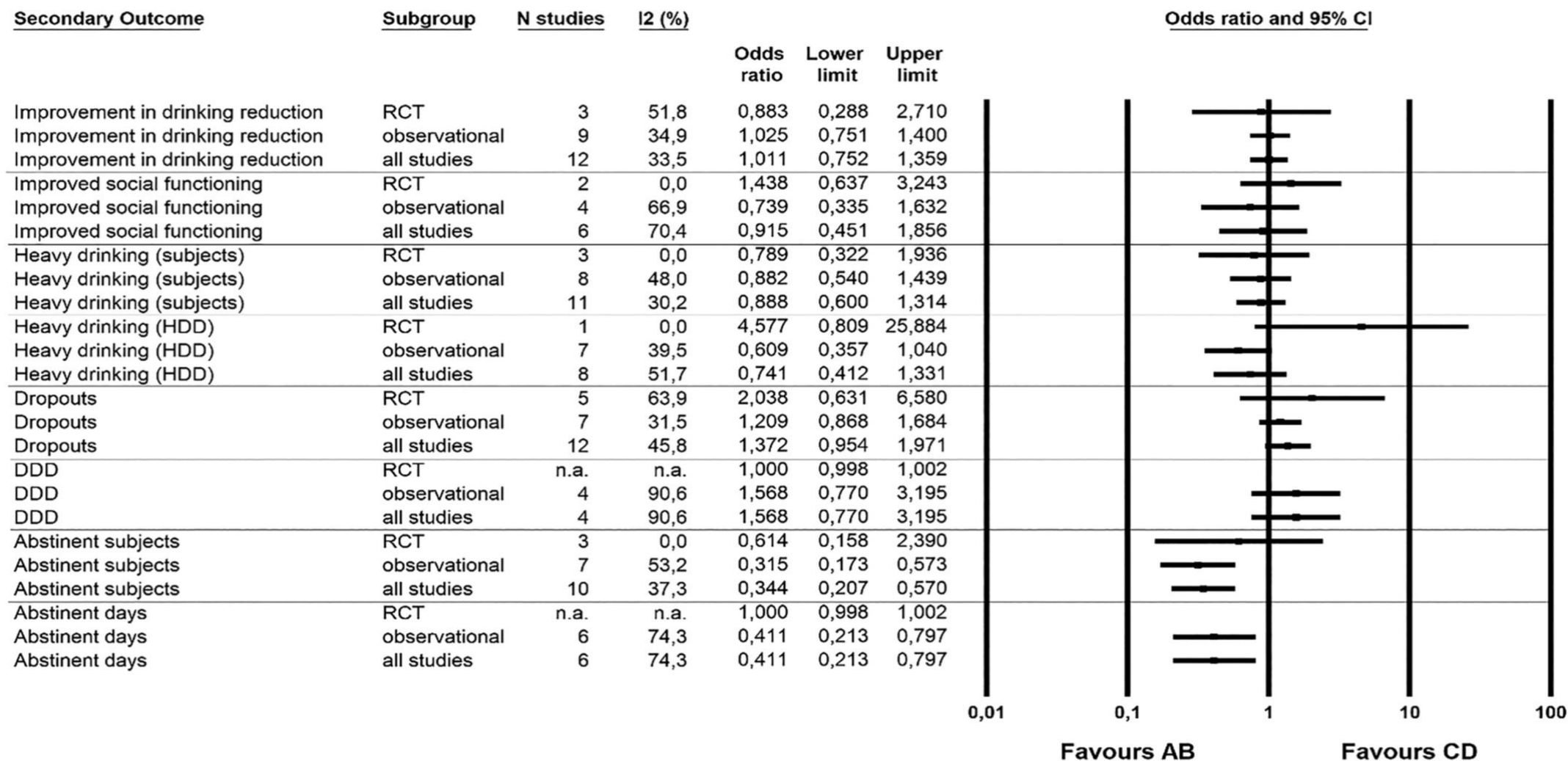
Medikamente, die nicht zusammen mit Alkohol eingenommen werden sollten.

Quelle KT

Effektivität für einen Konsum innerhalb der Trinkmengenempfehlung



Effektivität für soziales Funktionsniveau, absolute Trinkmengenreduktion, Abstinenz und Behandlungsabbrüche



Evidenzen zum Kontrollierten Trinken

KT Programme sind

wirksamer als keine Therapie

wirksamer als Contingenzmanagement, Aversivprogramme, Exposition

gleich effektiv wie abstinenzorientierte Therapien Metaanalyse Walters 2000

Erfolgsquote ca. 65% (25-90%) nach 12 Mo Körkel 2002

Effekte sind langzeitstabil Berglund 2004

Diagnose Missbrauch oder Abhängigkeit machen keinen Unterschied Walters 2000

Ausmaß, Schwere, Chronizität haben kaum Einfluss auf Effekt

Santa Anna 2004, Engasser et al 20015, Körkel 2006, 2015

Kein Cut-off-point für den Schweregrad ab dem KT unwirksam ist

Bühringer 2008, Dawe et al 2002, Heather et al 1995, 2000

E-Zigaretten und Harmreduktion?



derberater.de

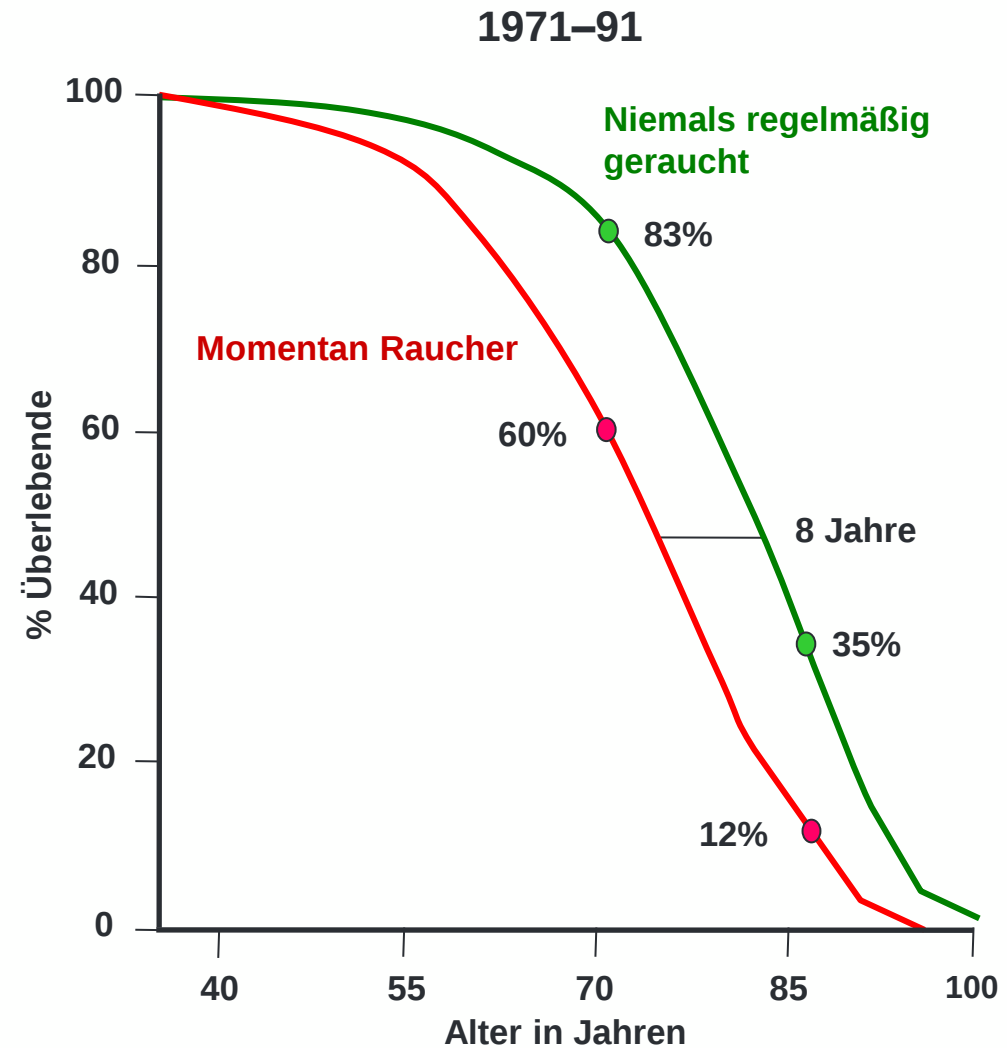
Lebenserwartung von Rauchern

nur ein Rauchstopp senkt das Risiko für Herz- und Kreislauferkrankungen auf Niveau von Nie-Rauchern

Teo et al., 2006

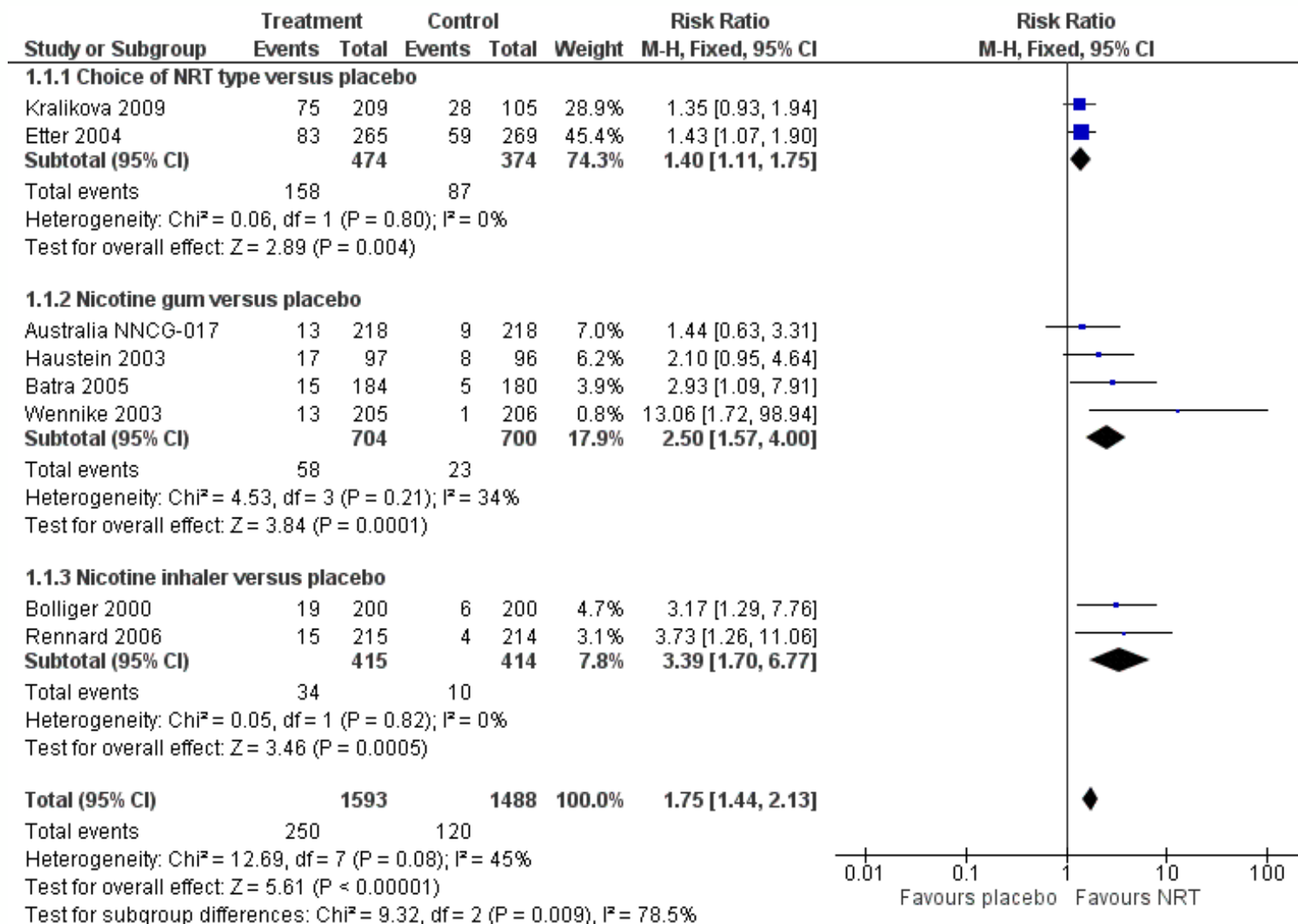
starke Raucher, die um die Hälfte reduzieren, sterben ebenso häufig wie Raucher, die nicht reduzieren Tverdal & Bjartveit, 2006

Dauer des Zigarettenkonsums hat deutlich mehr Einfluss auf Erkrankungsrisiken, als die Intensität; Doll und Peto, 1978; Vineis et al., 2000; Flanders et al., 2003; Tverdal & Bjartveit, 2006; Pandeya et al., 2008



Doll et al 1991,1994,2004

Tabakreduktion um 50%



Was bringt Tabakreduktion um 50%:

Kardiovaskulär:

Verbesserung LDL/HDL Verhältnis, Cholesterin, Fibrinogen Ery/Leuko, syst RR, HF, Gewebeoxygenierung, Prognose bei Claudicatio intermittens

Kein Effekt auf Hospitalisation und **Sterblichkeit wegen Myokardinfarkt**

Pulmonal:

Reduktion von pulmonalen Carcinogenen (NNAL, 4-ABP-Hb)

Verbesserung FEV, FEV1, Peak flow, Husten und Auswurf, bronchiale Hyperreagibilität, inhalative Corticoide bei **Astma** (Wo24-48)

Kein Effekt auf Hospitalisation und Sterblichkeit durch **COPD**, Infekte
Uneinheitliche Effekte auf **Bronchialcarcinomrate** (aber 27% Reduktion in Populationsstudie mit 30 Jahre FU)

Sonst:

Kleiner Effekt auf Verbesserung des **Geburtsgewichtes** bei Schwangeren

Kein Effekt auf Wundinfekte und generelle Sterblichkeit bei limitieren Daten

Pisina 2007

Keine Studien, die Langzeiteffekte auf die Gesundheit nachweisen

Lindson-Hawley, Hartmann-Boyce et al 2016

Reduce to quit?



Reduktionsprogramme vs. Keine Intervention verdoppeln die Abstinenzquote

Moore et al. 2008

nach Reduktion haben Raucher, die nicht aufhören wollen, eine höhere Rauchstopppquote als ohne Reduktion

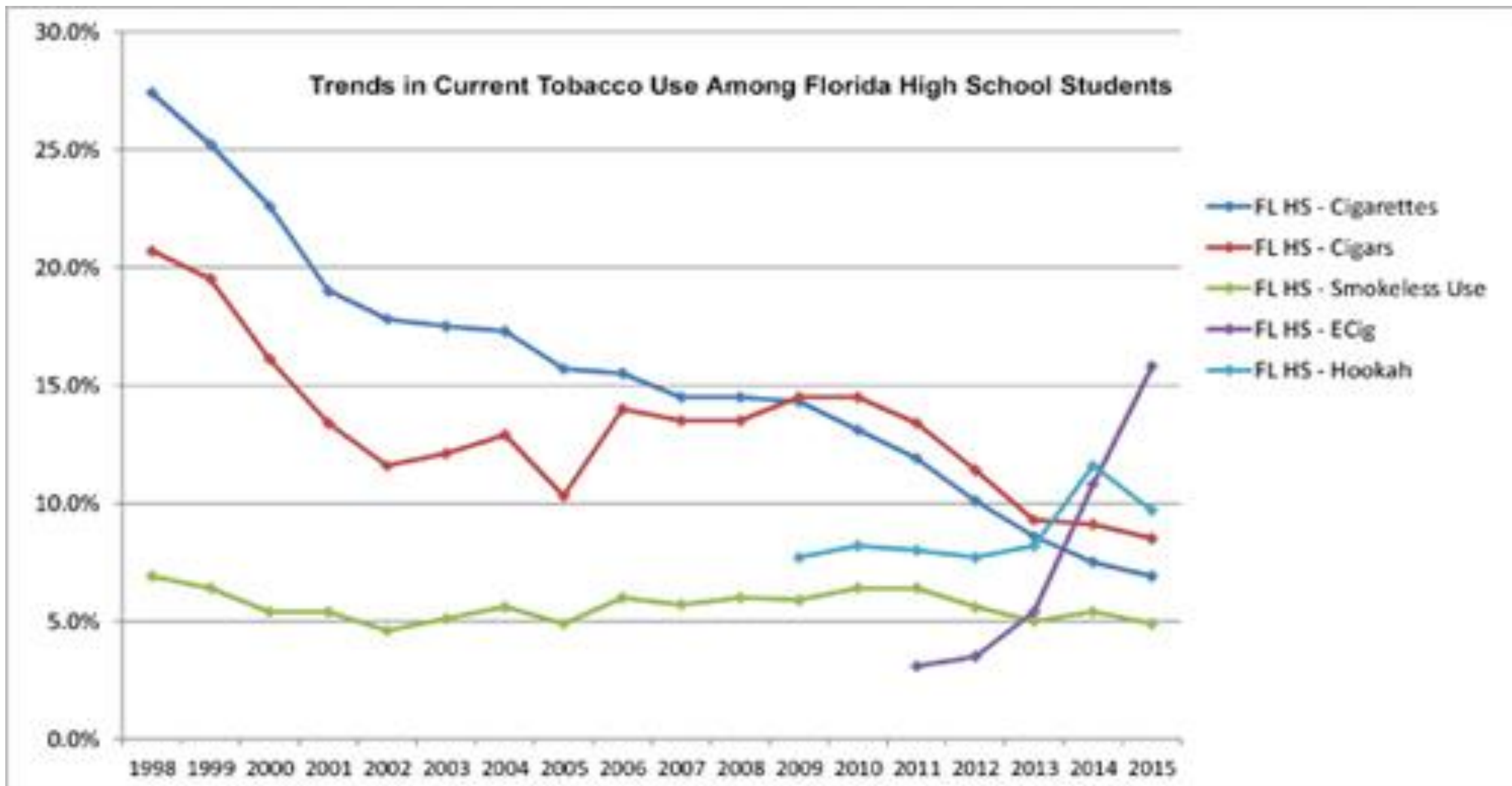
Hughes und Carpenter, 2006

Im Vergleich zu Placebo verdoppelt Nikotinsubstitution die Wahrscheinlichkeit der Reduktion um 50%

Stead & Lancaster, 2007

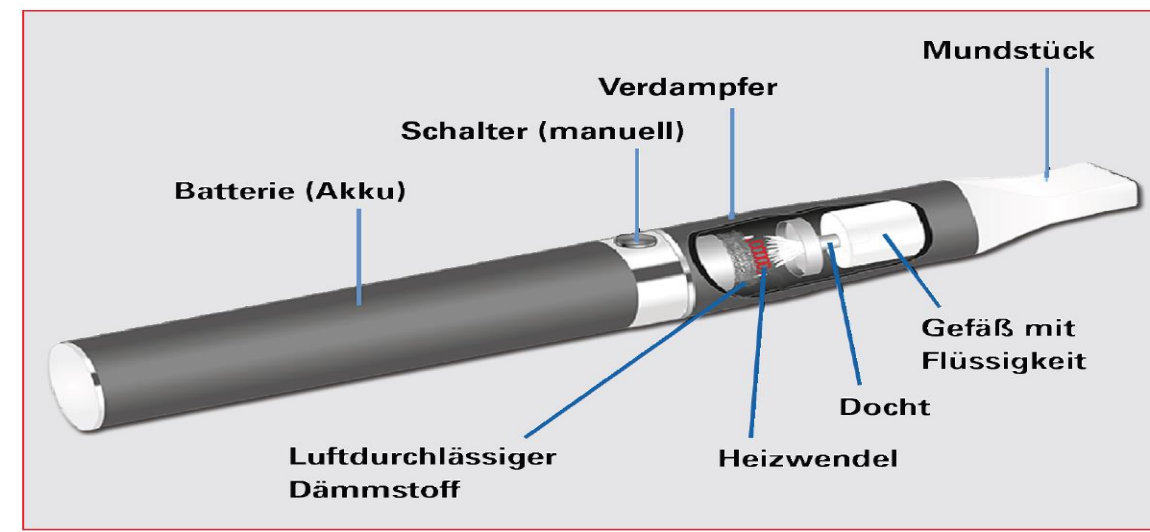
Nicotinsubstitution + Verhaltenstherapie ohne Rauchstoppintention verdoppelt die Abstinenzquote, Verhaltenstherapie allein nicht

Asfar et al. 2011





dpa



dkfz.de

- Vernebelung bei 65°C, keine Verbrennung, kein Tabak
- Inhalation von 90 % Propylenglykol, Nikotin, Aromen, Ethanol und Glycerin
- Akute Effekte auf carving, Zufriedenheit jedoch geringer als bei „own brand“
- Keine messbare CO Exposition, keine PCKW, keine Schwermetalle, keine

ABER:

- keine Studien zur Sicherheit,
- Keine Herstellungs- und Monitoringstandards,
- Unklare Rechtslage ob Medizinprodukt, Arzneimittel, Lebensmittel, unter das Rauchverbot fallend

ORIGINAL ARTICLE

A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy

Peter Hajek, Ph.D., Anna Phillips-Waller, B.Sc., Dunja Przulj, Ph.D.,
Francesca Pesola, Ph.D., Katie Myers Smith, D.Psych., Natalie Bisal, M.Sc.,
Jinshuo Li, M.Phil., Steve Parrott, M.Sc., Peter Sasieni, Ph.D.,
Lynne Dawkins, Ph.D., Louise Ross, Maciej Goniewicz, Ph.D., Pharm.D.,
Qi Wu, M.Sc., and Hayden J. McRobbie, Ph.D.

Table 2. Abstinence Rates at Different Time Points and Smoking Reduction at 52 Weeks.*				
Outcome	E-Cigarettes (N=438)	Nicotine Replacement (N=446)	Primary Analysis: Relative Risk (95% CI)†	Sensitivity Analysis: Adjusted Relative Risk (95% CI)
Primary outcome: abstinence at 52 wk — no. (%)	79 (18.0)	44 (9.9)	1.83 (1.30–2.58)	1.75 (1.24–2.46)‡
Secondary outcomes				
Abstinence between wk 26 and wk 52 — no. (%)	93 (21.2)	53 (11.9)	1.79 (1.32–2.44)	1.82 (1.34–2.47)§
Abstinence at 4 wk after target quit date — no. (%)	192 (43.8)	134 (30.0)	1.45 (1.22–1.74)	1.43 (1.20–1.71)¶
Abstinence at 26 wk after target quit date — no. (%)	155 (35.4)	112 (25.1)	1.40 (1.14–1.72)	1.36 (1.15–1.67)‡
Carbon monoxide–validated reduction in smoking of ≥50% in participants without abstinence between wk 26 and wk 52 — no./total no. (%)	44/345 (12.8)	29/393 (7.4)	1.75 (1.12–2.72)	1.73 (1.11–2.69)‖

* Abstinence at 52 weeks was defined as a self-report of smoking no more than five cigarettes from 2 weeks after the target quit date, validated biochemically by an expired carbon monoxide level of less than 8 ppm at 52 weeks. Abstinence between week 26 and week 52 was defined as a self-report of smoking no more than five cigarettes between week 26 and week 52, plus an expired carbon monoxide level of less than 8 ppm at 52 weeks. Abstinence at 4 weeks was defined as a self-report of no smoking from 2 weeks after the target quit date, plus an expired carbon monoxide level of less than 8 ppm at 4 weeks. Abstinence at 26 weeks was defined as a self-report of smoking no more than five cigarettes from 2 weeks after the target quit date to 26 weeks; there was no validation by expired carbon monoxide level.

† The analysis was adjusted for trial center only.

‡ The analysis was adjusted for trial center, marital status, age at smoking initiation, and score on the Fagerström Test for Cigarette Dependence.

§ The analysis was adjusted for trial center, age, score on the Fagerström Test for Cigarette Dependence, and age at smoking initiation.

¶ The analysis was adjusted for trial center, education level, partner who smokes (yes or no), and score on the Fagerström Test for Cigarette Dependence.

‖ The analysis was adjusted for trial center, sex, age, and partner who smokes (yes or no).

Table 3. Attendance and Treatment Adherence.

Variable	E-Cigarettes (N = 438)	Nicotine Replacement (N = 446)
Median no. of contacts completed (IQR)*	5 (4–5)	5 (4–5)
Maximum no. of contacts completed — no. of participants (%)		
1	8 (1.8)	10 (2.2)
2	25 (5.7)	40 (9.0)
3	38 (8.7)	45 (10.1)
4	86 (19.6)	106 (23.8)
5	281 (64.2)	245 (54.9)
Use of assigned products during the initial 4 wk†		
Median no. of days on which product was used (IQR)	28 (25–28)	24 (19–27)
Daily use during the entire 4 wk — no. (%)	232 (53.0)	46 (10.3)
Median no. of days on which product was used in past wk (IQR)‡	7 (7–7)	6.5 (3.5–7)
Use of assigned products at 26 wk — no. (%)	180 (41.1)	33 (7.4)
Use of assigned products at 52 wk — no. (%)	173 (39.5)	19 (4.3)

* The maximum number of contacts was five: at the target quit date, 1 week, 4 weeks, 26 weeks, and 52 months.

† For use of assigned products, missing information was imputed from the information from the next weekly behavioral-support consultation, if available (e.g., for missing information at consultation 3, information was taken from consultation 4).

‡ The results were similar for weeks 1 through 4.

Effektivität von E-Zigaretten bei der Tabakentwöhnung

Ein Vergleich mit Nikotinersatztherapie und keiner Nutzung evidenzbasierter Unterstützung in der deutschen Bevölkerung

TABELLE 2

Assoziationen zwischen selbstberichteter Rauchstoppmethode beim letzten Rauchstoppversuch und Rauchstatus zum Zeitpunkt der Befragung

	Odds Ratio*	[95-%-KI]	p-Wert
Primäranalyse			
EZ mit und/oder ohne Nikotin (n = 219) versus unassistent (n = 2 158)	1,78	[1,09; 2,92]	0,022
EZ mit und/oder ohne Nikotin (n = 219) versus NET (n = 159)	1,46	[0,68; 3,13]	0,336
Sekundäranalyse 1 (n = 2 513)			
EZ mit Nikotin (n = 108) versus unassistent (n = 2 158)	2,34	[1,21; 4,53]	0,011
EZ ohne Nikotin (n = 88) versus unassistent (n = 2 158)	1,48	[0,68; 3,23]	0,327

* Odds Ratio adjustiert für Alter, Geschlecht, Einkommen, Bildung, Zeit seit Rauchstopp, Häufigkeit des Verlangens zu rauchen, Stärke des Verlangens zu rauchen, Anzahl der Rauchstoppversuche in den vergangenen zwölf Monaten, Ansatz des Rauchstoppversuchs, Planung des Rauchstoppversuchs und Jahr der Befragung
95-%-KI, 95-%-Konfidenzintervall; EZ, E-Zigarette; NET, Nikotinersatztherapie

Suchttherapie

Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen

3

August 2017
Seite 109–160
18. Jahrgang

Topthema

E-Zigarette

- Positionspapier der Deutschen Suchtgesellschaft
- E-Zigaretten aus Perspektive der Konsumierenden
- Jugendliche: Einstieg in den Tabakkonsum?

 Thieme

Schwerpunktthema

Thieme

Positionspapier: Suchtmedizinische und gesundheitspolitische Chancen und Risiken durch den Gebrauch von E-Zigaretten

Position paper: Chances and Risks of E-Cigarette Use from the Perspective of Addiction Medicine and Health Care Policy

Autoren

Tobias Rütther, Markus Backmund, Callus Bischof, Nikolaus Lange, Peter Missel, Ulrich Preuß, Hans-Jürgen Rumpf, Rainer Thomasius, Anil Batra

Institut

Dachgesellschaft Sucht (Deutsche Suchtgesellschaft – Dachverband der Suchtfachgesellschaften (DSCG), www.dachverband-sucht.de)

Schlüsselwörter

E-Zigarette, Risikominimierung, Tabakentwöhnung, Tabakkontrolle, Prävention

Key words

E-Cigarette, harm reduction, tobacco cessation, tobacco control, prevention

Bibliografie

DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0043-113847>
Suchttherapie 2017; 18: 120–123
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1439-9903

Korrespondenzadresse

Dr. Tobias Rütther
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum der Universität München
Nußbaumstraße 7
80336 München
tobias.ruether@med.uni-muenchen.de

ZUSAMMENFASSUNG

In diesem Positionspapier der Dachgesellschaft Sucht (Deutsche Suchtgesellschaft – Dachverband der Suchtfachgesellschaften (DSCG)) sollen einige Punkte in der aktuellen Diskussi-

on um die E-Zigarette besonders hervorgehoben werden: Empfehlungen zur Risikoreduktion, Verwendung bei der Tabakentwöhnung, Regulierung analog der Tabakkontrollmaßnahmen, Präventions sowie zur Forschung werden gegeben. Generell kann davon ausgegangen werden, dass in Relation zum konventionellen Zigarettenrauch die Schädlichkeit des Aerosols der E-Zigarette um ein Vielfaches geringer ist und die E-Zigarette bei der Tabakentwöhnung eingesetzt werden kann, wenn leitliniengerechte psychotherapeutische und/oder medikamentöse Maßnahmen zur Tabakentwöhnung nicht wirksam sind oder nicht gewünscht werden. Das Gefährdungspotenzial der E-Zigarette und ihr Einsatz zur Risikominimierung oder zur Tabakentwöhnung müssen jedoch weiter erforscht werden.

ABSTRACT

This position paper from the umbrella organization of German addiction societies (German Society of Addiction – Umbrella Organization of Addiction Societies [German: "Deutsche Suchtgesellschaft – Dachverband der Suchtfachgesellschaften," DSCG]) highlights some aspects of the ongoing discussion about e-cigarettes: it provides recommendations on risk reduction, use in nicotine withdrawal, regulation analogous to tobacco control policy, prevention and research. In general, one can assume that the vapor from an e-cigarette is much less harmful than conventional cigarette smoke and that the e-cigarette can be used for nicotine withdrawal if guideline-based psychotherapeutic and/or drug treatments for nicotine withdrawal are ineffective or unwanted. Nevertheless, the risk potential of the e-cigarette and its use in risk reduction or nicotine withdrawal require further research.

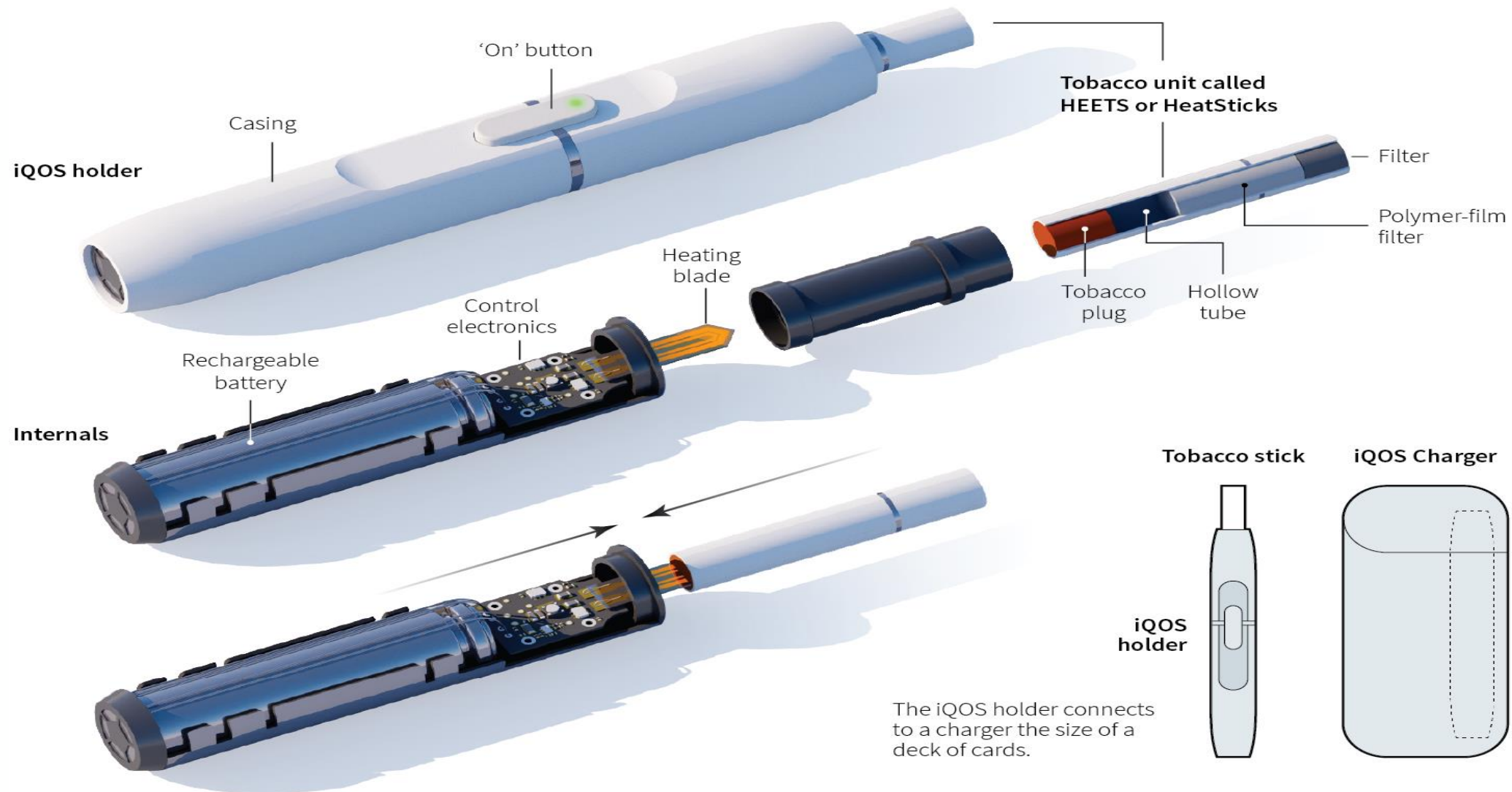
Präambel

Aufgrund der aktuellen Diskussion in Wissenschaft und klinischer Praxis um die elektrische Zigarette (E-Zigarette), haben bereits mehrere nationale und internationale Institutionen, Expertengruppen und Fachgesellschaften Empfehlungen für den Umgang mit E-

Zigaretten abgegeben. Bspw. hat bereits im Juni 2014 das Deutsche Krebsforschungszentrum (dkfz) eine Stellungnahme zur kontroversen Diskussion um die E-Zigarette veröffentlicht [1] sowie die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) im September 2016 eine Stellungnahme zu Nutzen und Schaden der E-Zigarette herausgegeben [2]. Darüber hinaus liegen u.a. Stellungnahmen

Philip Morris' iQOS

Philip Morris International's iQOS heats tobacco instead of burning it, releasing nicotine-laced vapor. The company says that means the device avoids subjecting smokers to the same levels of carcinogens and other toxic substances found in a regular cigarette.



“heat not burn” (HNB) devices

- Tabakstick elektronisch erhitzt,
 - Spitzentemperatur Heizelemente 600 °C, Tabak 350°C
 - Kein Verbrennen sondern Vernebeln
 - erhebliche Reduktion vieler Schadstoffe im Hauptstromrauch (Stabbert et al., 2003)
 - Aldehyde 80 bis 95 % geringer
 - flüchtige organische Verbindungen 97 bis 99 % geringer
 - vergleichbarer Nikotingehalt
 - Formaldehyd 2,4-fach höher als Zigarette (Stabbert et al., 2003)
 - kein Nebenstromrauch (Patskan & Reininghaus, 2003)
- „Zu einer vollständigen Bewertung der elektronischen Zigarette fehlen wichtige Daten zur Inhalierbarkeit des Nikotins sowie zur Nikotinaufnahme durch den Verbraucher. Das BfR hält es für sinnvoll, die Warnung bezüglich der sicheren Aufbewahrung außerhalb der Zugriffsmöglichkeiten von Kindern deutlicher zu machen. . .“



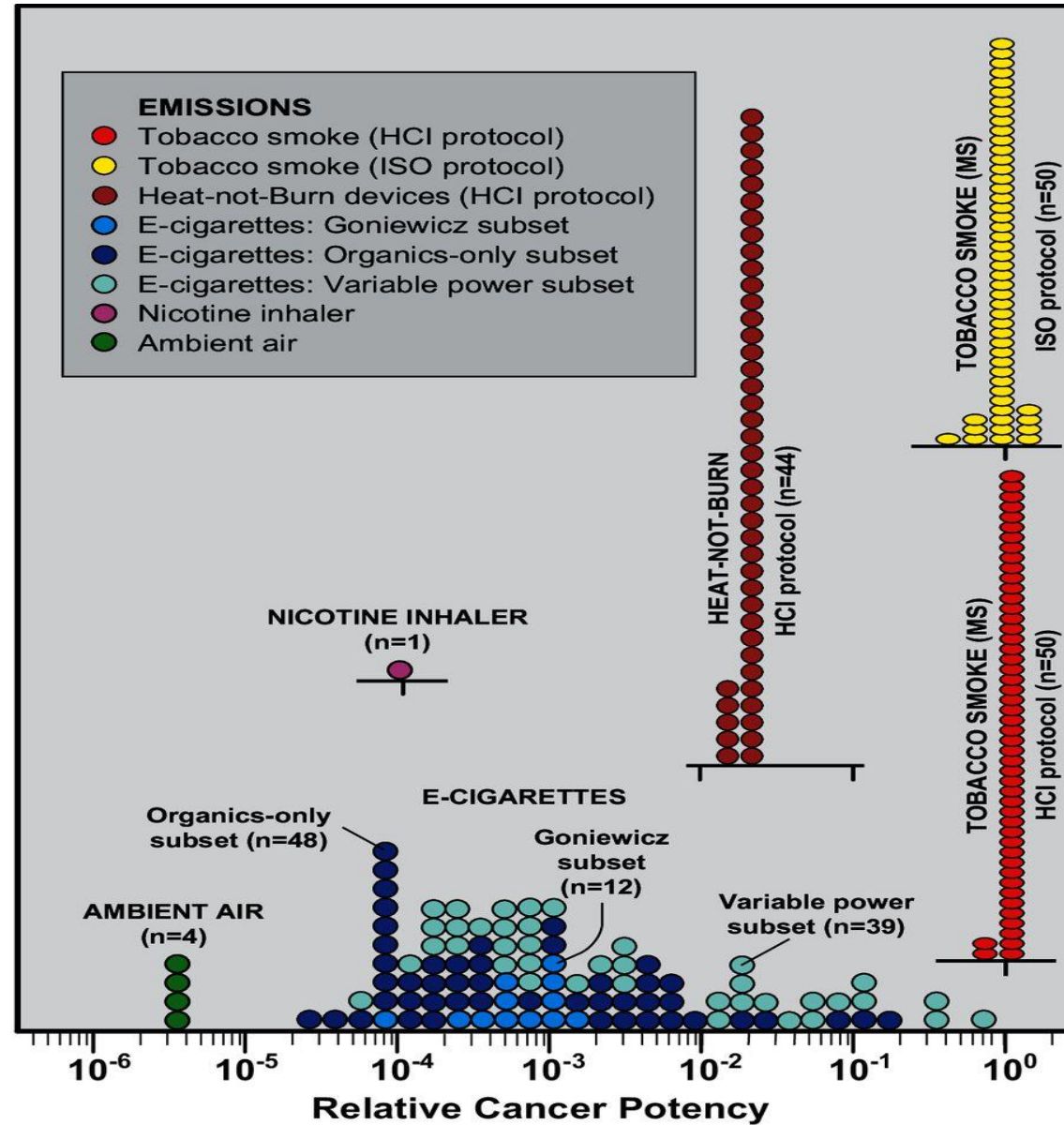
Risiken erkennen – Gesundheit schützen

Oberberg 

BfR rät zur Vorsicht im Umgang mit elektronischen Zigaretten
Stellungnahme Nr. 013/2008 des BfR vom 05. Januar 2008

Mallock et al Arch Toxicol. 2018 Jun;92(6):2145-2149.

Relative cancer potency modelled for common forms of nicotine delivery.





aerzteblatt.de

Für Autoren | English Edition | Service |

Home | Archiv | News | DÄ plus | Foren | Blogs | Förderpreise | Dossier

Politik | Medizin | Ärzteschaft | Ausland | Vermischtes | Hochschulen | Themen | Bildergalerien

9.219 News Politik

« < 6.239 6.240 6.241 6.242 6.243 6.244 6.245 » Seite

POLITIK

Heroinsubstitution bleibt umstritten

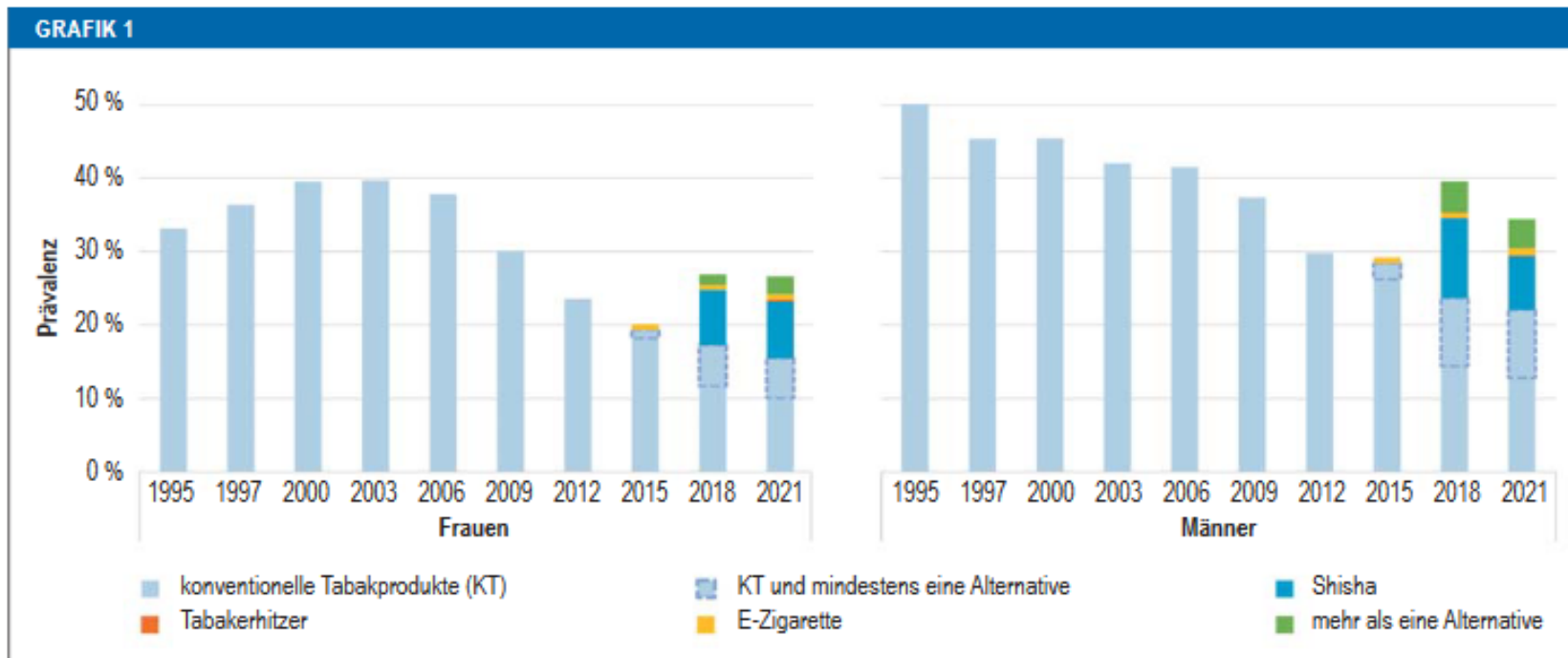
Dienstag, 24. März 2009



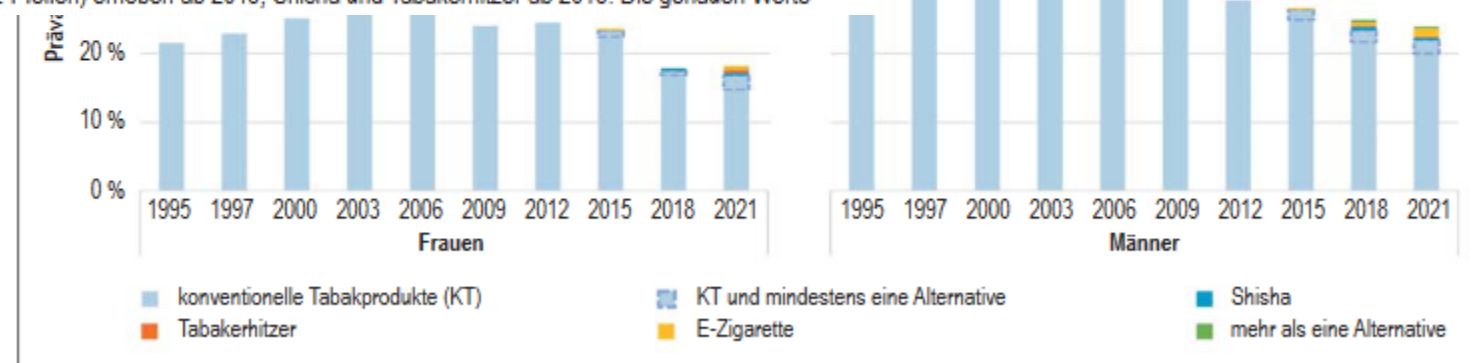
dpa

Berlin – Eine Sachverständigenanhörung des Gesundheitsausschusses am 23. März zeigte erneut deutlich, wie unterschiedlich die Ansichten zur Suchtpolitik innerhalb der großen Koalition sind. Schwerstdrogenabhängige sollen künftig mit künstlichem Heroin (Diamorphin) auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) behandelt werden.





30-Tage-Konsum in der Altersgruppe 18–24 Jahre. 30-Tage-Prävalenz des Konsums konventioneller Tabakprodukte (KT), alternativer Tabakprodukte und von Tabakalternativen 1995–2021: E-Zigaretten (inklusive E-Zigarren, E-Shisha und E-Pfeifen) erhoben ab 2015, Shisha und Tabakerhitzer ab 2018. Die genauen Werte



30-Tage-Konsum in der Altersgruppe 40–59 Jahre. 30-Tage-Prävalenz des Konsums konventioneller Tabakprodukte (KT), alternativer Tabakprodukte und von Tabak-

Für die meisten Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit sollte das angemessenste Ziel in Bezug auf Alkoholkonsum das **Anstreben völliger Abstinenz** sein. Mit zunehmendem Grad der Alkoholabhängigkeit wird die **Rückkehr zum moderaten oder kontrollierten Trinken zunehmend schwierig** (Edwards & Gross, 1976; Schuckit, 2009).

Jedoch können Menschen mit **riskantem und schädlichem Trinkverhalten** und solche mit einem niedrigen Grad der Alkoholabhängigkeit **möglicherweise das Ziel eines moderaten Alkoholkonsums** erreichen (Raistrick et al., 2006).

Falls ein Betroffener das Ziel eines moderaten Konsums vertritt, der **Behandler jedoch glaubt, dass damit beträchtliche Risiken** einhergehen, sollte der Behandler ihm **eindringlich dazu raten, dass Abstinenz am angemessensten** ist; er sollte dem Betroffenen aber **auf keinen Fall eine Behandlung vorenthalten**, wenn dem Rat nicht gefolgt wird (Raistrick et al., 2006).“ (NICE, 2011; Übersetzung durch A. Günthner)

Kontrollierter Konsum – was wir wissen und was nicht

- für substantiellen Anteil an Pat scheint Kontrolliertes Trinken auch dauerhaft eine realistische Option
 - Patient*innen mit Abstinenzziel weisen tendenziell bessere Prognose auf
 - Trinkmengenreduktion kann durch begleitende pharmakologische Behandlung optimiert werden
 - Präferenz der Pat scheint wichtig zu sein, es fehlen Vergleiche zwischen zieloffenen mit nicht-zieloffenen Behandlungskonzepten
 - Unklar, für wen kontrolliertes bzw. reduziertes Trinken ein realisierbares Ziel darstellt (Neurobiologie?).
 - erfolgreiche KT-Behandlung scheint mit Zunahme der Schwere der Abhängigkeit zurückzugehen
 - Aber: bislang fehlen individuelle Kontraindikationen
 - Dachgesellschaft der Deutschen Suchtfachgesellschaften empfehlen Reduktion bei leichteren Abhängigkeitsformen, wenig erfolglosen Reduktionsversuchen und medizinischer oder sozialer Notwendigkeit zur Abstinenz
- Bischof G. Debatte zu kontrolliertem Trinken:... Suchttherapie 2024 ; 25 :136 –141
- E-Zigarette als Harm-Reduktionsansatz für Raucher?

Zusammenfassung



Oberberg Fachlinik Rhein-Jura
Schneckenhalde 13
79713 Bad Säckingen

Tel.: +49 7761 5600 6

rheinjura.veranstaltungen@oberbergkliniken.de
oberbergkliniken.de/fachkliniken/oberberg-fachlinik-rhein-jura

**Herzlichen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**

