



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

Nr. 77  
Dezember  
2019

### Editorial

Zwar wurde einerseits in 2018 mit 6,6 % Rauchprävalenz bei den 12- bis 17-Jährigen der niedrigste Wert seit Beginn der Beobachtungen im Jahre 1979 ermittelt, andererseits ist aber dem aktuellen Drogen- und Suchtbericht zu entnehmen, dass die Zahl der Raucher in Deutschland nach wie vor bei über 20 Millionen Personen liegt. Die Gesundheitskosten infolge des Rauchens sind in den letzten Jahren deutlich auf jährlich über 30 Milliarden Euro gestiegen. Damit wird ein Siebtel der Gesamtausgaben im Gesundheitssektor durch das Tabakrauchen verursacht. Bei den volkswirtschaftlichen Kosten des Rauchens (Ressourcenverlust durch Mortalität, langfristige Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit etc.) ist ebenso eine deutliche Steigerung um mehr als ein Viertel festzustellen. Diese lagen im Jahr 2018 bei knapp 67 Milliarden Euro. Angesichts dieser Größenordnungen erscheint die Bereitstellung von Mitteln für eine effektive Prävention (insbesondere in der Altersgruppe der älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen) und professionelle Unterstützung zur Tabakentwöhnung und damit zur Verhinderung bzw. Reduktion dieser Kosten als sehr lohnenswerte Investition.

Die unzureichenden Regelungen zur Kostenerstattung hierzu sind weiterhin ein Problem: Neueste Zahlen zur Nutzung von Ausstiegshilfen, die auf der 17. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle am 4. Dezember 2019 in Heidelberg vorgestellt wurden, zeigen, dass bei ihrem letzten Rauchstoppversuch nur 13 % eine evidenzbasierte Unterstützung nutzen. Dieser Anteil liegt deutlich unter dem, was aus Ländern mit Kostenerstattung berichtet wird. Sorge bereitet zudem die in den letzten Jahren rückläufige Rate an Rauchstoppversuchen: Bei der letzten Erhebungswelle der DEBRA-Studie vom Juli 2019 lag diese bei nur 15,8 %!

Das Wissen um die Schädlichkeit des Rauchens ist unter den Raucherinnen und Rauchern weltweit noch verbesserungsbedürftig. Tabakkontrolle sollte auch sicherstellen, dass Aufklärung über die Auswirkungen des Rauchens bei der Bevölkerung ankommt. In der Beratung wird von Rauchern hin und wieder angeführt, dass sie sportlich fit seien und deshalb wohl vor den gesundheitlichen Konsequenzen des Tabakkonsums geschützt seien. Eine Sekundär-Auswertung von Daten, in der die Auswirkungen des Rauchens und der Fitness auf das Verletzungsrisiko bei 2.000 Rekruten der US Army untersucht wurde (1), fand allerdings heraus, dass Raucher ein 20 bis 30 % höheres Verletzungsrisiko

### Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
Rekrutierung von Teilnehmern für ein	
Online-Gesundheitsprogramm zum Rauchstopp	2
Neue Publikationen	3

aufweisen als Nichtraucher. Weiterhin bedeutete eine bessere aerobe und muskuläre Fitness bei Rauchern nicht generell auch einen besseren Schutz vor Verletzungen. Solch ein protektiver Effekt konnte nur unter den Nichtrauchern ermittelt werden: Bessere Fitness schützte diese eindeutig vor Verletzungen; die am wenigsten fiten Rekruten erlitten zwischen 30 und 50 % häufiger Verletzungen als Rekruten mit besserer Fitness. Somit konnte der Nachweis erbracht werden, dass Tabakkonsum das Verletzungsrisiko von Personen erhöht, die hohen körperlichen Belastungen ausgesetzt sind, und dieses Risiko auch nicht durch bessere Fitness kompensiert werden kann. Nichtraucher hingegen können ihr bereits geringeres Verletzungsrisiko durch bessere Fitness weiter senken. Raucher aus Berufsgruppen, die körperlich anstrengende Arbeit leisten müssen, könnten also von einem Rauchstopp und entsprechenden Angeboten zur Tabakentwöhnung in mehrfacher Hinsicht profitieren.

Nach der etwas schweren Kost aus Meta-Analysen der Cochrane-Arbeitsgruppe in den letzten Ausgaben erwartet Sie in diesem Newsletter ein anderer thematischer Schwerpunkt. Wir stellen ein narratives Review zur Wirksamkeit von Gruppenprogrammen im Vergleich zu Einzelberatung vor und berichten zusätzlich über das Potenzial zweier alternativer Behandlungsformen (Mineralien/Vitamine und Yoga). Den Abschluss bildet eine aktuelle Meta-Analyse zur Wirksamkeit pharmakologischer Therapien bei rauchenden Jugendlichen.

Wie gewohnt informieren wir Sie auch über die Fortbildungs- und Veranstaltungstermine im ersten Halbjahr 2020.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine besinnliche Weihnachtszeit und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2020,

Ihr Redaktionsteam

Ute Mons, Peter Lindinger, Anil Batra, Wilfried Kunstmann

(1) Brooks RD, Grier T, Dada EO & Jones BH (2019) The combined effect of cigarette smoking and fitness on injury risk in men and women. *Nicotine Tob Res* 21: 1621–1628, DOI: 10.1093/ntr/nty155

Anmerkung: Ausschließlich wegen der Erleichterung der Lesbarkeit wird an manchen Stellen nur die männliche Form angeführt. Damit sind jeweils weibliche und männliche 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: Berlin 30.3.–3.4.2020, München 20.–24.1.2020. Verkürzte Schulung: Hürth 21.–23.3.2020, Dresden 25.–27.4.2020. Detaillierte Infos unter <https://www.rauchfrei-programm.de/schulungstermine>; Anmeldung bei [braun@ift.de](mailto:braun@ift.de); Tel.: 089/36 08 04 91, Fax: 089/36 08 04 98

- Curriculum Tabakentwöhnung der Bundesärztekammer

Die Qualifikationsmaßnahme für Ärzte hat einen Umfang von 20 Stunden und kombiniert in einem „Blended Learning“-Format zwei Präsenzeinheiten (insgesamt 12 Stunden) mit online-gestütztem, tutoriell begleitetem Selbststudium (8 Stunden) sowie einem Aufbaumodul zur Qualifikation „Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm“. Auskünfte zum Curriculum und zu Terminen unter Tel.: 030/4 00 45 64 22 oder [dezernat2@baek.de](mailto:dezernat2@baek.de)



- 20-stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“ im Rahmen der Tübinger Suchttherapietage vom 1.–3.4.2020 in Tübingen, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V.

Teilnehmer werden ausführlich in die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Rauchern mit dem gemäß § 20 SGB V anerkannten Programm „Nichtraucher in 6 Wochen“ eingeführt und sollten allgemeine Erfahrung in der Suchttherapie mitbringen. Teilnehmer erhalten Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer. Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen. Information und Anmeldung unter <http://www.tuebinger-suchttherapietage.de>

## Kongresse/Tagungen

### National

- 21. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V.

Ärzte und Psychologen erhalten 4 CME-Fortbildungspunkte. Termin: 11. März 2020, 12–17 Uhr. Tagungsort: Gästehaus der Universität; Frauenlobstraße 1 (Ecke Miquelallee), Frankfurt. Programm und Anmeldung demnächst unter <http://www.wat-ev.de>

- 25. Tübinger Suchttherapietage mit Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung vom 1.–3. April 2020

Infos und Programm unter <http://www.tuebinger-suchttherapietage.de>

### International

- 8. European Conference Tobacco or Health (ECToH 2020) vom 19.–22. Februar 2020

Programm und Anmeldung auf <https://www.ectoh.org>

- 19. SRNT-Konferenz vom 11.–14. März 2020 in New Orleans, USA

Infos unter <https://www.srnt.org>



## Rekrutierung von Teilnehmern für ein Online-Gesundheitsprogramm zum Rauchstopp

Ärzte und Wissenschaftler des Universitätsklinikums und der Universität Freiburg untersuchen in einer randomisiert kontrollierten Studie die Wirksamkeit eines umfassenden digitalen „GesundheitsCoachs“ der Techniker Krankenkasse. Für das Tabakentwöhnungsprogramm werden etwa 340 Probanden gesucht. An dem sechswöchigen Ausstiegsprogramm kann jeder, auch Nicht-TK-Versicherte, kostenlos teilnehmen. Die letzte Nachbefragung findet 12 Monate nach Programmende statt. In einem Arm der Studie wird zusätzlich eine telefonische Fachberatung angeboten. Die Studie richtet sich an volljährige Personen, die regelmäßig rauchen.

Ab dem 1.1.2020 sind Informationen zur Studie und der Zugang zum Tabakentwöhnungsprogramm unter <https://gesundheitsprogramm.tk.de> zu finden.

Bei Fragen können Sie sich an die Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA) des Universitätsklinikums Freiburg wenden, E-Mail: [bemb.tk-studie@uniklinik-freiburg.de](mailto:bemb.tk-studie@uniklinik-freiburg.de)

## Neue Publikationen

Kotsen C, Santorelli ML, Litvin Bloom E, Goldstein AO, Ripley-Moffitt C, Steinberg MB, Burke MV & Foulds J (2019)

### A narrative review of intensive group tobacco treatment: clinical, research, and US policy recommendations

*Nicotine Tob Res* 21: 1580–1589, DOI: 10.1093/ntr/nty162

#### Hintergrund

Gruppenprogramme zur Tabakentwöhnung sind ein bewährtes und leitlinienkonformes Format. Es ist denkbar, dass in einem Gruppensetting Behandlungsaspekte vermittelt werden, die bei anderen Vermittlungsformen nicht zum Tragen kommen. In diesem Artikel wird ein narratives Review zu Ergebnissen von Gruppenprogrammen aus der realen Versorgung vorgestellt, das die Meta-Analysen von randomisiert kontrollierten Studien ergänzen soll. Ziel war es, die Frage zu klären, inwieweit Gruppenprogramme zu ähnlichen Erfolgsquoten führen wie individuelle Behandlungen und Empfehlungen für die beste Praxis zu geben.

#### Methode

Als „Gruppenprogramm“ definiert wurden Behandlungen in einem klinischen Setting oder am Arbeitsplatz (und nicht als Angebot im Rahmen einer Forschungsstudie), die von einem professionell ausgebildeten Kliniker geleitet werden, wöchentlich stattfinden, mehrere Wochen andauern und zwei oder mehr Teilnehmer umfassen. Englischsprachige, zwischen Januar 2000 und Juli 2017 publizierte und in PubMed gelistete Artikel wurden daraufhin durchsucht, ob sie Ergebnisse sowohl von Einzel- als auch Gruppenbehandlungen unter realen Versorgungsbedingungen enthielten. Inkludiert wurden lediglich Beobachtungsstudien, keine kontrolliert randomisierten Studien. Eine weitere Einschlussbedingung war die Nutzung FDA-zugelassener pharmakologischer Hilfen bei mind. 70% der behandelten Patienten. Primäre Outcome-Variable war die kurzfristige, 7- bzw. 14-Tage Punktprävalenz-Abstinenz (vier Wochen nach Rauchstopp, nach Möglichkeit CO-validiert) nach Intention-to-treat.

#### Ergebnisse

Von ursprünglich 718 Artikeln wurden 31 einer genaueren Prüfung unterzogen, von denen dann sechs Arbeiten für dieses Review ausgewählt wurden. Fünf weitere Publikationen aus den Referenzen dieser Arbeiten oder den Autoren bekannten Quellen wurden hinzugenommen, sodass die Ergebnisse von insgesamt 11 Beobachtungsstudien ausgewertet wurden. Alle Studien stammten aus UK (neun) und USA (zwei). In Anbetracht der sehr unterschiedlichen Gesundheitssysteme in den beiden Ländern wurden die Arbeiten differenziert ausgewertet.

Die Stichprobengröße variierte von 145 (Gruppenprogramm bei McAlpine) bis 140 119 (Einzelberatungen bei Dobbie 2015).

**Studien aus UK:** Alle UK-Daten bezogen sich auf Personen, die die Stop Smoking Services (SSSs) des National Health Service

genutzt hatten. Diese Tabakentwöhnungsdienste wurden 1999 eingeführt; die Kursleitung erfolgt durch Spezialisten, die ausschließlich Tabakentwöhnung durchführen oder andere Gesundheitsberufe wie Ärzte und Apotheker, die im Rahmen ihrer sonstigen beruflichen Tätigkeit auch Beratung und Tabakentwöhnung durchführen.

**Studien aus USA:** Wegen der Komplexität des US-Gesundheitssystems und der damit verbundenen Schwierigkeiten, face-to-face-Beratung abzurechnen, sind Gruppenprogramme in den USA nicht weit verbreitet. Die meisten Raucher in den USA erhalten eine ärztliche Kurzintervention und/oder Unterstützung durch eine telefonische Ausstiegsberatung. Dies erklärt die geringe Anzahl aus den USA stammender und inkludierter Studien.

Nachfolgende Tabelle listet die jeweilige Abstinenzquote der beiden Bedingungen (Gruppe vs. Einzelberatung) aus den 11 Arbeiten auf:

	Gruppe	Einzelberatung
	AQ in %	AQ in %
<b>UK Daten</b>		
Judge (2005)	57	53,3
McEwin (2006)	42	32
Bauld (2006)	44,4	20,2
Bauld (2009)	35,5	16,6
Brose (2011)	49,9	35,4
Mardle (2012)	67,3	50,7
Hiscock (2013)	50,8 (o) 49,1 (g)	33,9
Dobbie (2015)	52,1 (o) 50,1 (g)	33,8 33,3
McAlpine (2015)	61,4	50,9
<b>US Daten</b>		
Foulds (2006)	57,6	47,7
Santorelli (2015)	59	46,0

AQ: Abstinenzquote der einzelnen Studien; Vergleich zwischen Gruppen- und Einzelberatung. o: offene Gruppen, g: geschlossene Gruppen

Die ermittelten absoluten Abstinenzquoten für Gruppenangebote waren in allen inkludierten Studien höher als die für Einzelberatung. Wo Signifikanzprüfungen möglich waren, fielen alle zugunsten von Gruppen aus.

#### Diskussion

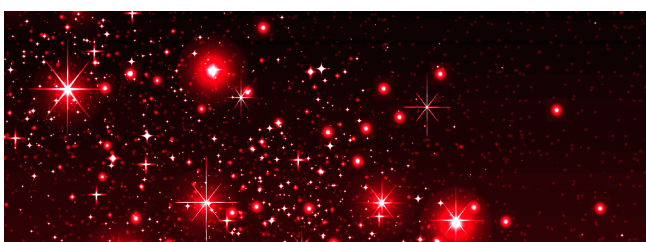
In diesem in realen Versorgungssettings und außerhalb klinischer Studien durchgeführten Review resultierten Gruppenbehandlungen in höheren Abstinenzquote als Einzelberatungen, was die Schlussfolgerung zulässt, dass Gruppenprogramme nach bester Praxis in diesen Settings mindestens genauso wirksam sind wie individuelle Beratung. Die beobachteten Ausstiegsraten

sind konsistent mit den in randomisiert kontrollierten Studien ermittelten Quoten, eher noch etwas höher. Die hohen kurzfristigen Abstinenzquoten in den hier untersuchten Settings zeigen die Vorteile einer kombiniert behavioralen-pharmakologischen Behandlung, bei der die Patienten alles an seiner Hand bekommen (Medikation plus Beratung). Es scheint keinen Unterschied zu machen, ob die Gruppen offen (rollierend) oder geschlossen angeboten werden. Ein Vorteil offener, rollierender Gruppen könnte darin bestehen, dass motivierte Patienten sehr zeitnah an Gruppenterminen teilnehmen können, weil sie nicht auf den Start eines neuen Gruppenangebots warten müssen. Eine weitere Erkenntnis, die aus diesem Review gewonnen werden konnte, ist die Eignung von Gruppenprogrammen in eher städtischen Gebieten; in ruralen Gegenden wurde eine Präferenz für individuelle Behandlungsformen festgestellt. Die Teilnahmebereitschaft an Gruppenangeboten war dort deutlich geringer.

Weiterhin wurde ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Kontakte und der Abstinenzquote festgestellt: So berichteten Foulds und Kollegen eine Rate von 69,9% bei Patienten mit sechs oder mehr Kontakten, Dobbie und Kollegen eine Abstinenzquote von 65,3% bei sechs Kontakten. Um eine möglichst hohe Beteiligung am kompletten Gruppenprogramm zu erreichen, scheinen eine kostenlose Abgabe pharmakologischer Hilfen bei mehreren Kontakten um den Rauchstopptermin herum und die erneute Rekrutierung von Teilnehmern mit Rauchvorfällen oder Rückfällen bedeutsam.

Einschränkend anzumerken ist die methodische Schwachstelle der fehlenden Randomisierung der in diesem Review berücksichtigten Studien. Teilnehmer der Gruppenprogramme könnten günstigere Merkmalskombination (mehr protektive und/oder weniger Risikofaktoren) besitzen, die unabhängig von der Behandlungsform mit höheren Abstinenzaussichten einhergehen. Weiterhin könnten die beobachteten Unterschiede zwischen Gruppen- und Einzelberatungen auf Behandlungseffekte zurückzuführen sein: Bei den Kursleitern von Gruppenprogrammen handelte es sich häufig um sogenannte „tobacco treatment specialists“ mit entsprechender Expertise und Erfahrung, wohingegen Einzelberatung häufig von in der Tabakentwöhnung weniger erfahrenen Gesundheitsberufen wie Ärzte und Apotheker durchgeführt wurde.

Intensiver beforscht werden sollten die wirksamen Ingredienzien von Gruppenangeboten: Welche Art von Gruppendynamik ist besonders bedeutsam? Unter Berücksichtigung der neueren Entwicklung der Verhaltenstherapie wäre es auch von Interesse, inwieweit achtsamkeitsbasierte Komponenten oder solche aus der Acceptance & Commitment-Therapie (ACT) eingebaut werden könnten. Schließlich wäre es auch lohnenswert zu untersuchen, welche Vorteile eine Kombination aus Einzel- und Gruppenangeboten böte.



Reihana PK, Blampied NM & Rucklidge JJ (2019)

### **Novel mineral-vitamin treatment for reduction in cigarette smoking: a fully blinded randomized placebo-controlled trial**

*Nicotine Tob Res 21: 1496–1505, DOI: 10.1093/ntr/nty168*

#### **Hintergrund**

Ein erheblicher Anteil von ausstiegswilligen Rauchern hat eine Präferenz für alternative Behandlungsangebote, sodass ein Interesse an sicheren, wirksamen, leicht verfügbaren und kostengünstigen Alternativbehandlungen besteht. Breitband-Mikronährstoffe (Mineralien und Vitamine) als zentrale oder adjuvante Komponente könnten eine solche Option darstellen. Im letzten Jahrzehnt sind Mikronährstoffe bei Symptomen wie affektive Störungen, ADHS oder Angststörungen untersucht worden. Hier wurde die Einsatzmöglichkeit und Wirksamkeit von Mikronährstoffen in der Tabakentwöhnung untersucht.

#### **Methode**

In dieser verblindeten und Placebo-kontrollierten Studie wurden 107 Teilnehmer nach einer bis zu 14-tägigen Baseline-Phase zur Ermittlung des Tageskonsums auf die Treatment- oder Kontrollgruppe (Placebo) randomisiert. Die Behandlung begann vier Wochen vor dem Rauchstopp und endete 12 Wochen danach. Alle Teilnehmer erhielten eine Ausstiegsproschüre und wurden ermutigt, Telefonberatung zu nutzen. Die Kapsel mit Mikronährstoffen enthielt 17 Mineralien, 13 Vitamine, 4 Aminosäuren und 4 Antioxidantien. Die Dosierung wurde in Woche 1 auftitriert und dann beibehalten (12 Kapseln täglich). Die Placebo-Kapsel enthielt keine spezifischen Wirkstoffe. Primäre Outcome-Variable war die kontinuierliche CO-validierte Abstinenz bei Behandlungsende (12 Wochen nach Rauchstopp) nach Intention-to-treat. Rauchstopphandlungen (mindestens 24 Stunden Abstinenz) und erfolgreiche Rauchstopphandlungen (mindestens 72 Stunden Abstinenz) fungierten als sekundäre Outcome-Variablen. Laboruntersuchungen fanden alle vier Wochen statt.

#### **Ergebnisse**

Der durchschnittliche Tageskonsum bei den 107 randomisierten Teilnehmern lag bei 12,4 (Placebo) bzw. 14 Zigaretten (Treatment), der FTCD-Wert bei 4,4 bzw. 4,6. Die Verblindung kann als erfolgreich bezeichnet werden (lediglich 48 % korrekte Identifikation der jeweiligen Bedingung).

Die Dropout-Quoten waren in beiden Gruppen sehr hoch (61 % und 58 %); Abbrecher waren stärker abhängig und ernährten sich schlechter als Teilnehmer, die das Programm komplett absolvierten.

Nach den 12 Wochen betrug die Abstinenzquote 28 % (Mikronährstoffe) bzw. 18 % (Placebo-Gruppe; OR=1,78, KI=0,71–4,48). Bezüglich der sekundären Erfolgsmaße Rauchstopphandlungen (mindestens 24 Stunden Abstinenz) und erfolgreiche Rauchstopphandlungen (mindestens 72 Stunden Abstinenz) fanden sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.



Wenn nur die Daten derjenigen betrachtet wurden, die die Intervention komplett durchlaufen hatten, fiel auf, dass fast alle eine Rauchstopphandlung unternommen hatten, diese im Behandlungsarm jedoch häufiger erfolgreich verlief (mindestens 72 Stunden Abstinenz) und die Abstinenzquote bei allen folgenden Messzeitpunkten höher lag, insbesondere nach vier Wochen (66 % vs. 41 %; OR=2,76, KI=1,10–6,97). Wenn nach Compliance (mindestens 80 % der Kapseln wurden eingenommen) und Adhärenz (alle Termine wurden wahrgenommen) gefiltert wurde (sogenannte „Per Protokoll“-Analyse), fanden sich nach vier und acht Wochen signifikant höhere Abstinenzquoten in der Treatment-Gruppe (bei allerdings weiten Konfidenzintervallen und kleinen Fallzahlen). Der in den ersten vier Wochen nach Rauchstopp geringere Tageskonsum nicht-abstinenter Teilnehmer in der Treatmentgruppe glied sich nach acht und 12 Wochen dem Tageskonsum der Kontrollgruppe wieder an.

Es gab keine Behandlungsabbrüche infolge von Nebenwirkungen. Am häufigsten wurden eine Veränderung des Appetits und Gewichtszunahme berichtet.

### Diskussion

Zwar wurde nach 12 Wochen eine höhere absolute Abstinenzquote der Gruppe Mikronährstoffe gefunden (28 % vs. 18 %), die allerdings nicht signifikant war, wozu möglicherweise die hohen Dropoutquoten beigetragen haben. Wenn es einen spezifischen Behandlungseffekt geben sollte, scheint dieser sich vor allem auf die Phase des akuten Entzugs in den ersten vier Wochen nach Rauchstopp zu beziehen. Auffällige Nebenwirkungen wurden keine festgestellt. Die Interventionen waren mit einem erheblichen Aufwand verbunden (12 Kapseln täglich über 12 Wochen), was mit großer Wahrscheinlichkeit für die vielen Behandlungsabbrüche mit verantwortlich war. Diese hohe Abbrecherquote schränkt die Aussagekraft erheblich ein (noch kleinere Stichprobe, weite Konfidenzintervalle und geringere Power). Durch eine Verringerung der erforderlichen Menge an täglich einzunehmenden Kapseln ließe sich wahrscheinlich auch die Compliance verbessern. Gerade die Abbrecher, die sich durch stärkere Tabakabhängigkeit, früheren Einstieg und schlechtere Ernährungsgewohnheiten auszeichneten, wären nämlich eine wichtige Zielgruppe für zukünftige Forschung zum Potential von Interventionen wie zum Beispiel einer Kombination evidenzbasierter pharmakologischer Hilfen und den hier vorgestellten Mikronährstoffen.

*Bock BC, Dunsiger SI, Rosen RK, Thind H, Jennings E, Fava JL, Becker BM, Carmody J & Marcus BH (2019)*

### **Yoga as a complementary therapy for smoking cessation: results from BreathEasy, a randomized clinical trial**

*Nicotine Tob Res 21: 1517–1523, DOI: 10.1093/ntr/nty212*

### Hintergrund

Durch seine stressreduzierenden Effekte und die stimmungsaufhellende Wirkung könnte sich Yoga möglicherweise auch günstig auf die Tabakentwöhnung auswirken. In dieser Arbeit



wurde die Wirksamkeit von Yoga als komplementäre Therapie der Tabakabhängigkeit in einer streng randomisierten klinischen Studie untersucht.

### Methode

Erwachsene Raucherinnen und Raucher (N=227; 55,5 % Frauen) erhielten alle ein achtwöchiges kognitiv-verhaltenstherapeutisches Tabakentwöhnungsprogramm und wurden auf eine von zwei Bedingungen randomisiert: zusätzlich zweimal pro Woche sogenanntes Iyengar Yoga oder einen Wellness-Kurs (Kontrollgruppe). Im Iyengar-Yoga werden Hilfsmittel wie rutschfeste Matten, Gurte oder Klötze benutzt, um den Einstieg in die Übungen zu erleichtern.

Ausschlusskriterien waren sehr starkes Übergewicht, Schwangerschaft, Teilnahme an einem anderen Tabakentwöhnungsprogramm, Nutzung medikamentöser Ausstiegshilfen und bestimmte medizinische Faktoren, die die Teilnahme an dem Yoga-Programm erschweren könnten.

Der Rauchstatus wurde an drei Messzeitpunkten erfasst (Behandlungsende, drei und sechs Monate Follow-ups) und im Falle von selbstberichteter Abstinenz zweifach biochemisch verifiziert (CO und Cotinin im Speichel). 7-Tage-Punktprävalenz bei Behandlungsende und den Follow-ups galt als kontinuierliche Abstinenz.

Primäre Outcome-Variable war die kontinuierliche, validierte Abstinenz bei Behandlungsende (12 Wochen nach Rauchstopp) nach Intention-to-treat.

### Ergebnisse

Das Durchschnittsalter lag bei 46,2 Jahren, der Tageskonsum bei 17,3 Zigaretten/Tag. Die Retentionsquote war sehr hoch und lag bei knapp 95 %. Längsschnittlich adjustierte Modelle für kurzfristige Abstinenz (7 Tage-Punktprävalenz bei Behandlungsende) zeigten einen Gruppeneffekt zugunsten von Yoga: (OR=1,37, KI=1,07–2,79). Die Chance, nach Behandlungsende rauchfrei zu sein, war unter den Yoga-Teilnehmern um 37 % größer als bei den Teilnehmern des Wellness-Programms. Nach drei und sechs Monaten waren keine signifikanten Effekte mehr nachweisbar; das galt auch für kontinuierliche Abstinenz. Insgesamt betrug diese nach sechs Monaten 11,2 % ohne einen Unterschied zwischen den beiden Gruppen (p=0,92).

Teilnehmer mit einem Tageskonsum von 10 Zigaretten oder weniger profitierten besonders, wenn sie Yoga statt Wellness

## Impressum:

Dieser Newsletter erscheint viermal jährlich.

## Herausgeber:

Deutsches Krebsforschungszentrum

in Zusammenarbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer und 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:

PD Dr. Ute Mons

## Redaktion:

PD Dr. Ute Mons, Dipl.-Psych. Peter Lindinger,  
Prof. Dr. Anil Batra, Dr. Wilfried Kunstmann

erhalten hatten (Abstinenz bei Behandlungsende: OR=2,43, KI=1,09–6,30). Teilnehmer der Yoga-Gruppe mit einem hohen Tageskonsum (20 oder mehr Zigaretten) reduzierten ihren Konsum zum Behandlungsende stärker als in der Wellness-Gruppe. In beiden Bedingungen absolvierten die Teilnehmer durchschnittlich etwas mehr als 16 von 24 Treffen. Nur in der Yoga-Gruppe wurde ein Dosis-Wirkungs-Zusammenhang gefunden: Mit jeder Teilnahme an einer Yoga-Session stieg die Abstinenzwahrscheinlichkeit bei Behandlungsende um 12 %.

## Diskussion

Yoga scheint die Chancen auf einen kurzfristig erfolgreichen Rauchstopp zu verbessern, insbesondere bei Rauchern mit einem geringen Tageskonsum. Zudem scheint es einen Zusammenhang zwischen der Intensität bzw. Dosis der Yoga-Übungen und deren Effekt auf die Abstinenzwahrscheinlichkeit zu geben. Genauer zu prüfen wäre, inwieweit sich die kurzfristigen Effekte stabilisieren lassen, möglicherweise auch durch eine Kombination mit anderen Behandlungskomponenten.

*Myung SK & Park JY (2019)*

### Efficacy of pharmacotherapy for smoking cessation in adolescent smokers: a meta-analysis of randomized controlled trials

*Nicotine Tob Res 21: 1473–1479, DOI: 10.1093/ntr/nty180*

## Hintergrund

Es fehlt an eindeutigen Wirksamkeitsnachweisen für pharmakologische Therapien bei Jugendlichen, was sich auch in den Empfehlungen der Tabakleitlinie niederschlägt. „Nikotinpflaster können Jugendlichen in begründeten Ausnahmefällen, wenn andere empfohlene Interventionen nicht zum Erfolg geführt haben, im Rahmen der Tabakentzugstherapie unter gründlicher Nutzen-Risiko-Abwägung als Off-Label-Verschreibung [...] angeboten werden. Andere Applikationsformen der Nikotinersatztherapie sollen in dieser Altersgruppe nicht eingesetzt werden.“ und „Weitere Arzneimittel zur Tabakentzugsbehandlung [...] sollen Jugendlichen nicht angeboten werden.“ Eine koreanische Arbeitsgruppe veröffentlichte kürzlich ein neues Review zu dieser Fragestellung.

## Methode

Die einschlägigen Datenbanken PubMed, EMBASE und die Cochrane Library wurden bis Januar 2018 nach randomisiert kontrollierten Studien bei jugendlichen Rauchern unter 20 Jahren durchsucht. Als primäres Outcome wurde die biochemisch verifizierte Rauchabstinenz zum jeweils längsten Follow-up definiert.

## Ergebnisse

Von ursprünglich 1035 Arbeiten wurden schließlich neun für die Meta-Analyse berücksichtigt. Sechs Arbeiten wurden in den USA, je eine in UK, Österreich und den Niederlanden durchgeführt. Von den 1188 Jugendlichen waren 627 auf die Interventions- und 561 auf die Kontrollgruppen randomisiert worden. In fünf Studien kam eine Nikotinersatztherapie, in vier eine Behandlung mit Bupropion zum Einsatz. Eine Random-Effects Meta-Analyse aller neun Studien zeigte eine höhere Abstinenzquote (RR=1,62; KI=1,08–2,44) für Pharmakotherapie. Subgruppen-Analysen nach Follow-up-Perioden ergaben eine signifikante Überlegenheit der pharmakologischen Interventionen nach vier Wochen (RR=1,87; KI=1,22–2,87; n=4), allerdings keine signifikanten Unterschiede bei den Studien mit längeren Follow-ups nach acht, 12, 24 und 52 Wochen. Subgruppen-Analysen nach Art der Pharmakotherapie zeigten nur für Bupropion einen signifikanten Effekt (RR=2,03; KI=1,09–3,77), wohingegen die diversen Nikotinersatzpräparate jeweils nicht wirksamer waren als Placebo. Auch die methodische Qualität der einzelnen Studien spielte eine Rolle: In Studien mit hoher methodischer Qualität wurde ein signifikanter Effekt gefunden, in solchen mit geringer Qualität nicht. In zwei Fällen wurden ernsthafte Nebenwirkungen berichtet, beide Male in der Bupropion-Gruppe (eine Krankenhauseinweisung infolge eines Drogenexperiments mit Stechapfel; ein Suizidversuch mit einer Überdosis Bupropion und anderen Drogen). Ein kausaler Zusammenhang zwischen der Einnahme von Bupropion und diesen Ereignissen ließ sich nicht herstellen.

## Diskussion

Auch wenn sich kurzfristige Wirksamkeitsnachweise – höhere Abstinenzquoten nach vier Wochen – für eine pharmakologische Behandlung von jugendlichen Rauchern in dieser Meta-Analyse finden ließen, konnte nicht belegt werden, dass sich diese Effekte auch auf längere Nachbefragungszeiträume erstrecken. Zudem wurde ein Publikations-Bias aufgedeckt, sodass die Wirksamkeit der Pharmakotherapie überschätzt sein könnte. Insofern bleibt der Mangel an eindeutigen Wirksamkeitsnachweisen für pharmakologische Therapien bei Jugendlichen auch nach Einschluss neuerer kontrollierter Studien bestehen.

