



# Newsletter Tabakentwöhnung

des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle  
am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg

**dkfz.**

DEUTSCHES  
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM  
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT

Forschen für ein Leben ohne Krebs



WHO-Kollaborationszentrum  
für Tabakkontrolle

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

Nr. 91  
Juli  
2023

## Editorial

Anlässlich des Weltnichtrauchertages am 31. Mai wurde aus anderen Ländern berichtet, wie sie in Richtung rauchfreie Nation unterwegs sind. Hierzulande kommen wir nicht so recht voran, was die Reduktion der Prävalenz des Rauchens angeht. Anlässlich von mehr als 32 % Rauchprävalenz und nur etwa 6 % ernsthaften Rauchstoppversuchen bei Menschen, die in den letzten 12 Monaten geraucht haben (<https://www.debra-study.info>), stellen sich viele Fragen. Eine davon ist: Wie kann die Ausstiegsbereitschaft gefördert und die Versorgung mit leitliniengerechter Tabakentwöhnung gesichert werden? Dabei nicht hilfreich sein dürfte die in Fachkreisen heftig geführten Diskussionen um Nutzen oder Schaden von E-Zigaretten (aktuelle Prävalenz 1,3 %) als Ausstiegshilfe. Die Ressourcen, die in diesen Streit fließen, fehlen dann für andere Aktivitäten der Tabakkontrolle und Behandlung der Tabakabhängigkeit. Vielleicht sind manche Behandelnde auch verunsichert durch die zunehmende Bedeutung der digitalen Formate (Apps, virtuelle Realität, künstliche Intelligenz). Werden dadurch ihre persönlich durchgeführten Ausstiegsbehandlungen weniger attraktiv oder gar überflüssig? Auf den Prüfstand muss auch das Rauchverhalten der Behandelnden selbst: 11,1 % der Ärztinnen und Ärzte, 17,6 % der sonstigen akademischen und verwandten Gesundheitsberufe und über 44 % der Betreuungsberufe im Gesundheitswesen rauchen, wie im Tabakatlas 2020 (basierend auf Daten des Mikrozensus von 2013) nachzulesen ist. Dabei ist die Unterstützung der Tabakentwöhnung für Angehörige der Gesundheitsberufe eine zentrale Empfehlung des WHO-Rahmenabkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC, Artikel 14), um eine optimale Umsetzung der Behandlungsangebote für Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Obwohl zahlreiche Artikel zum Tabakkonsum bei Angehörigen der Gesundheitsberufe veröffentlicht wurden, sind die Faktoren, die mit der Tabakentwöhnung bei dieser Zielgruppe zusammenhängen, nicht systematisch zusammengeführt worden. Ein jüngst publiziertes Scoping Review (1) wollte hier Abhilfe schaffen. Scoping Reviews werden dann eingesetzt, wenn zunächst eine Orientierung über den Stand der Forschungsliteratur – und deren Lücken – erlangt werden soll. Eine Bestandsaufnahme der seit 1990 veröffentlichten Literatur förderte über 120 000 Artikel zutage, von denen 27 für die Synthese ausgewählt wurden. Prävalenzschätzungen und Prädiktoren des Rauchverhaltens waren das Hauptaugenmerk dieser Arbeiten, während nur

## Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
Neue Publikationen	3

wenige Studien explizit die relevanten Prädiktoren für Aufhörversuche und deren Erfolg untersuchten.

In zwei Studien wurde ermittelt, dass ältere Rauchende bessere Abstinenzchancen hatten, wohingegen der Bildungsgrad keinen Einfluss hatte. In drei prospektiven Kohortenstudien wurde die Arbeitsbelastung (Wochenstunden, Nachtschichten, schwere körperliche Arbeit, Rollenkonflikte, Drohungen und Gewalt etc.) genauer untersucht. Längere Arbeitszeiten scheinen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für einen Rauchstopp zusammenzuhängen, während die Exposition gegenüber Drohungen und Gewalt am Arbeitsplatz oder das Fehlen eines unterstützenden und vertrauensvollen Arbeitsklimas mit einem erhöhten Rückfallrisiko verbunden waren. Eine in Dänemark durchgeführte Kohortenstudie ergab, dass geringer früherer Tabakkonsum, Arbeit in Tagesschichten, eine geringe körperliche Belastung am Arbeitsplatz und die Wahrnehmung, Einfluss auf die eigene Arbeit zu haben, positiv mit dem Erfolg von Ausstiegsversuchen zusammenhängen. Aus qualitativen Befragungen wurden auch einige Hinweise ermittelt, dass rauchende Pflegekräfte sich deswegen stigmatisiert fühlen. So wird von Schuld- und Schamgefühlen wegen der Auswirkungen auf die eigene Gesundheit berichtet, und weil es nicht gelingt, das Rauchen aufzugeben, obwohl man selbst einem Gesundheitsberuf angehöre. Beschrieben werden ebenso Druck und Frustration durch Freunde und Familie, die erwarten würden, dass Gesundheitsberufe „es besser wissen sollten, als zu rauchen“. Rauchende Pflegekräfte berichteten auch über mangelndes Verständnis von Vorgesetzten und nicht rauchenden Kollegen bezüglich einer Unterstützung bei der Überwindung der Tabakabhängigkeit. Die Behandlung der Tabakabhängigkeit bei Gesundheitsberufen scheint also noch in den Kinderschuhen zu stecken. Wünschenswert wäre hier beispielsweise eine Orientierung am Umgang mit alkoholabhängigen Angehörigen der Gesundheitsberufe: So haben die Ärztekammern in den Ländern in den vergangenen Jahren für suchtkranke Ärztinnen und Ärzte strukturierte Behandlungs- und Betreuungsprogramme aufgebaut.

(1) Evenhuis A, Occhipinti S, Jones L & Wishart D (2023) Factors associated with cessation of smoking in health professionals: A scoping review. *Glob Health Action* 16: 2216068, DOI: 10.1080/16549716.2023.2216068

Es gibt aber auch gute Nachrichten zu berichten: Seit Beginn des Pilotprojekts zur Implementierung des „rauchfrei tickets“ im Jahr 2019 durch das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wurden über 6 000 Personen an die Telefonberatung zur Raucherentwöhnung vermittelt. Das sind im Durchschnitt monatlich fast 140 Personen. Das sind nur die tatsächlichen Anmeldezahlen. Die bedeutsamere Botschaft ist, dass in den teilnehmenden Kliniken, Praxen und Beratungsstellen mit deutlich mehr Patientinnen und Patienten über das Rauchen gesprochen und ihnen Behandlungsangebote unterbreitet werden.

In der zweiten Ausgabe unseres Newsletters für 2023 werden drei neue Publikationen detaillierter besprochen. Zunächst wird ein Review zur Wirksamkeit von Interventionen durch nicht professionelle Personen, die sogenannte Peer-Unterstützung vorgestellt. Dann folgt eine Studie einer australischen Arbeitsgruppe, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, die Wirksamkeit einzelner Techniken zur Verhaltensänderung („behaviour change technics“, BCTs) in Gruppenprogrammen zu bestimmen. Die dritte vorgestellte Publikation schließlich hatte zum Ziel, der Frage nachzugehen, inwieweit das Vorhandensein von depressiven Symptomen bei Studienbeginn die Wirksamkeit einer Behandlung mit Bupropion und Vareniclin beeinflusst.

Auch wenn es noch eine Weile hin ist, wollen wir Sie bereits jetzt auf die 21. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle am 6. und 7. Dezember 2023 in Heidelberg hinweisen.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung,

Ihr Redaktionsteam  
Katrin Schaller, Peter Lindinger, Anil Batra

## 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: 23.–27.10.2023; München: 13.–17.11.2023. Verkürzte Schulung München: 6.–8.11.2023. Infos unter <http://rauchfrei-programm.de/schulungstermine>; Anmeldung bei [braun@ift.de](mailto:braun@ift.de); Tel.: 089/36080491, Fax: 089/36 08 04 98

- Curriculum „Ärztlich begleitete Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer

Die Qualifikationsmaßnahme für Ärztinnen und Ärzte besteht aus 6 Modulen und hat einen Umfang von 20 Stunden. Das fakultative Modul VI „Tabakentwöhnung mit strukturiertem Gruppenprogramm gemäß § 20 SGB V“ umfasst weitere 8 Stunden. Das Curriculum kann als Blended-Learning-Maßnahme durchgeführt werden. Auskünfte zum Curriculum unter Tel.: 030/4 00 45 64 22 oder [dezernat2@baek.de](mailto:dezernat2@baek.de); Termine unter <https://www.baek-fortbildungssuche.de/fbsuche>

- Qualifikation Tabakentwöhnung – Grundkurs

Der Grundkurs zur „Qualifikation Tabakentwöhnung“ besteht aus 20 Unterrichtseinheiten (UE) und vermittelt den Teilnehmenden umfassendes Faktenwissen zum Thema Tabaksucht und -entwöhnung. In allen Phasen des Kurses werden die Teilnehmenden tutoriell begleitet. Termin: 15.–17.9.2023, Ärztehaus Reutlingen, Haldenhausstr. 11, 72770 Reutlingen. Details und Anmeldung unter <https://www.aerztekammer-bw.de/qualifikation-tabakentwoehnung-grundkurs-1564848c7cf3be6f>

## Kongresse/Tagungen

### National

- Deutscher Suchtkongress, Berlin, 18.–20. September 2023 mit dem Titel „Vielfalt in Forschung, Prävention und Therapie von Suchterkrankungen“

Programm und Anmeldung unter <https://www.suchtkongress.org>

- 5. Fachtagung Tabakentwöhnung am 20. und 21.10.2023

Veranstalter: IFT München und Tabakambulanz des LMU-Klinikums. Programm und Anmeldung unter <http://rauchfrei-programm.de/schulungstermine>

- 21. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle am 6. und 7. Dezember 2023 in Heidelberg

Updates auf [www.tabakkontrolle.de](http://www.tabakkontrolle.de)

### International

- Die nächste SRNT-Europe-Konferenz wird vom 11.–13.9.2023 in London, UK, stattfinden

Updates unter <https://srnt-e.org/conference/2023-annual-srnt-e-conference/overview>



## Neue Publikationen

Yuan P, Westmaas JL, Thrul J, Toussaert S, Hilton JF & White JS (2023)

### Effectiveness of peer-support interventions for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis

*Nicotine Tob Res* (online veröffentlicht am 12. April 2023), DOI: 10.1093/ntr/ntad059

#### Hintergrund

Das soziale Umfeld kann sich sowohl auf den Raucheinstieg als auch auf den Ausstieg auswirken. Rauchende neigen dazu, in miteinander verbundenen Gruppen gleichzeitig mit dem Rauchen aufzuhören, was die Bedeutung des eigenen sozialen Netzwerks für die Tabakentwöhnung unterstreicht. In Leitlinien wird soziale Unterstützung als Teil der Behandlung empfohlen. Die Auswirkungen sozialer Unterstützung können jedoch je nach Geschlecht, sozioökonomischem Status, und sozialem Kontext variieren. Ein Ansatz, bei dem nicht professionelle Personen, die der Zielgruppe in gewisser Hinsicht ähnelt (z.B. demografische Merkmale, gemeinsame Erfahrungen oder kultureller Hintergrund), die Verhaltensänderung fördern und unterstützen ist die Peer-Unterstützung. Schlüsselemente der sozialkognitiven Theorie wie Modellierung, sozialer Einfluss und soziale Verstärkung kommen hier zum Tragen. Peer-Unterstützung ist relativ kostengünstig und kann auf die individuellen Bedürfnisse der Rauchenden abgestimmt werden.

#### Methode

Das jüngste Cochrane-Review zu Peer-Support-Maßnahmen ergab keinen Hinweis auf einen Nutzen nach 12 Monaten (Risk Ratio RR 1,04, KI 0,88–1,22). Angesichts der Divergenz zwischen den theoretischen Vorteilen von Peer-Support-Interventionen und den Ergebnissen dieses Reviews wurde eine aktualisierte systematische Überprüfung und Meta-Analyse von kontrollierten Studien und folgende Hypothesen geprüft: Die Wirksamkeit von Peer-Interventionen variiert je nach Raucherstatus der Peers (Hypothese 1), Intensität der Intervention (zeitliche Dauer des Engagements der Peers, Hypothese 2) und dem Follow-up-Zeitpunkt sowie der Definition der Abstinenz (Hypothese 3).

Randomisierte kontrollierte Studien zu Peer-Support-Interventionen wurden im Januar 2022 über PubMed und die in den ermittelten Studien aufgeführten Referenzen identifiziert. Als potenzielle Modifikatoren wurden der Raucherstatus der Peers (früher, gegenwärtig oder unbekannt), der Zeitpunkt der Nachbefragung, das Maß der Abstinenz (kontinuierlich oder Punktprävalenz) und die kumulative Zeit des Engagements zwischen Peers und Rauchenden („Dosis“) getestet. Die Studien wurden zudem hinsichtlich des Risikos der Verzerrung und der Sicherheit der Evidenz bewertet.

#### Ergebnisse

Es wurden 16 Studien in der Meta-Analyse berücksichtigt, die sich in erheblichem Maße hinsichtlich der Größe des Abstinenz-Effekts (RR 0,61–3,07), der Stichprobengröße (23–2 121), der Dosis (41–207 Minuten) und des Nachbefragungszeitraums (< 1–15 Monate) unterschieden.

Die Trainings der Peers zur Unterstützung von Verhaltensänderungen in den verschiedenen Studien wiesen ein breites Spektrum an Intensität auf und setzten manchmal therapeutische Techniken ein, wie z.B. die motivierende Gesprächsführung. In vielen Studien wurde jedoch lediglich der Zeitaufwand für das Training angegeben, ohne inhaltliche Erläuterung des jeweiligen Curriculums. Die Methoden zur Durchführung des Trainings und der Interaktion zwischen Peers und Teilnehmern variierten ebenfalls beträchtlich, von persönlichem Kontakt bis hin zu Telefon, SMS oder einer Kombination daraus. Bezüglich des Raucherstatus der Peers waren alle Kategorien vertreten: 3 Studien waren aktuell rauchende, in 5 Studien ehemals rauchende und in 2 Studien waren nichtrauchende Peers tätig. In den restlichen Studien fehlte die Angabe des Rauchstatus.

Bei 15 Studien mit einer Katamnese zwischen drei und neun Monaten (N=8 573; 4 565 Teilnehmende in den Interventions- und 4 008 in den Kontrollgruppen) betrug die gepoolte RR 1,34 (KI 1,11–1,62). Insgesamt lag die Abstinenzprävalenz bei der längsten Nachbeobachtungszeit bei 15,99 % in den Peer-Unterstützungsgruppen und bei 11,53 % in den Kontrollgruppen.

In Studien mit ehemals rauchenden Peers (RR 1,43, KI 1,17–1,74; 5 Studien) und Peers mit unbekanntem Raucherstatus (RR 1,54, KI 1,19–2,00; 5 Studien) wurden signifikante Behandlungseffekte gefunden. Im Vergleich zu aktuell rauchenden Peers war der Effekt bei ehemals Rauchenden um 81,2 % höher ( $p=0,025$ ).

Es wurde ein kleiner, nicht signifikanter Effekt der Interventionsdosis ermittelt: Die Abstinenzwahrscheinlichkeit bei der längsten Nachbeobachtung stieg mit jeder 30-minütigen Steigerung der Peer-Unterstützung um den Faktor 1,08 ( $p=0,200$ ).

Bei der Beschränkung auf Studien, die kontinuierliche Abstinenz als Erfolgsmaß verwendeten, waren die Interventionseffekte statistisch nicht signifikant (RR 1,31, KI 0,86–1,99; 4 Studien). Bei Studien mit 7-Tage-Punktprävalenz-Abstinenz war der Gesamteffekt ebenfalls positiv, aber ebenfalls nicht statistisch signifikant (RR 1,27, KI 0,99–1,64; 7 Studien). Die Behandlungseffekte blieben auch bei längeren Nachbefragungen stabil: So lag das RR bei Katamnesen < 3 Monate bei 1,28 (KI 0,74–2,22; 3 Studien), nach 3–6 Monaten bei 1,58 (KI 1,20–2,08; 7 Studien) nach 6–9 Monaten bei 1,29 (KI 1,06–1,57; 13 Studien) und nach  $\geq 9$  Monaten bei 1,43 (KI 1,14–1,79; 7 Studien).

Die Gesamtqualität der Evidenz der berücksichtigten Studien wurde in Anbetracht des Verzerrungsrisikos, der Heterogenität

der Effektschätzungen und der mangelnder Adhärenz bei der zugewiesenen Intervention als „sehr gering“ eingestuft.

## Diskussion

Die Ergebnisse dieser Meta-Analyse zeigen eine Wirkung von Peer-Support in der Tabakentwöhnung, die aber insgesamt bescheiden ausfällt. Unabhängig vom Rauchstatus der Peers blieben die positiven Auswirkungen der Peer-Unterstützung über alle Nachbeobachtungszeiträume von mehr als 6 Monaten erhalten. Nicht überraschend ist das Ergebnis, dass derzeit rauchende Peers dafür ungeeignet zu sein scheinen. Die Beschreibungen der Kriterien für die Auswahl der Peers waren vage, inkonsistent oder fehlten in vielen der eingeschlossenen Studien. Dies macht deutlich, dass eine präzise Definition des Begriffs „Peer“ erforderlich ist. Auch eine präzise Darstellung der Inhalte, die in den Curricula für die Peers vermittelt werden, wäre wünschenswert. Es werden weitere qualitativ hochwertige und vergleichbare Studien benötigt, in denen der Raucherstatus der Peers, die Dauer der Nachbeobachtung, Abstinenzmaße und die Intensität bzw. Dauer der Intervention sorgfältig berücksichtigt und klar angegeben ist.

*Mersha AM, Bryant J, Rahman T, McGuffog R, Maddox R & Kennedy M (2023)*

### **What are the effective components of group-based treatment programmes for smoking cessation? A systematic review and meta-analysis**

*Nicotine Tob Res (online veröffentlicht am 27. April 2023), DOI: 10.1093/ntr/ntad068*

## Hintergrund

Eine tragende Säule der Unterstützung bei der Tabakentwöhnung ist die Beratung zur Verhaltensänderung, die sowohl einzeln als auch in Gruppen durchgeführt werden kann. Eine solche Beratung erhöht nachweisbar die Chancen für einen erfolgreichen Ausstieg, wobei eine intensivere Beratung wirksamer ist als eine kurze Beratung. Gruppenbasierte Maßnahmen zur Tabakentwöhnung bieten die Möglichkeit, Verhaltenstechniken zu erlernen und gleichzeitig soziale Unterstützung, Lernen und den Austausch von Wissen, Fähigkeiten und Erfahrungen zu fördern. Gruppenbasierte Programme werden oft über einen Zeitraum von mehreren Wochen angeboten und beinhalten u.a. eine von der Kursleitung moderierte Diskussion über die Vorteile und die Herausforderungen des Aufhörens. Die Teilnehmenden tauschen ihre Erfahrungen aus und/oder machen Rollenspiele zum Umgang mit verschiedenen Rauchauslösern oder zur Bewältigung von Entzugssymptomen. In der Tabakleitlinie werden verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz mit dem jeweils stärksten Empfehlungsgrad und dem höchsten Evidenzlevel bewertet. Zur Umsetzung von Forschungs- und Gesundheitsprogrammen ist es von Vorteil, die wirksamen Komponenten von Interventionen zu kennen. Die Taxonomie der Verhaltensänderung

enthält 16 unterschiedliche Kategorien mit 93 Techniken zur Verhaltensänderung („behaviour change technics“, BCTs), die „beobachtbare, reproduzierbare und vereinfachte Komponenten einer Intervention sind, die darauf abzielen, Prozesse zu verändern, die das Verhalten regulieren“. Dieses Review zielte darauf ab, (1) die am häufigsten verwendeten BCTs in wirksamen gruppenbasierten Maßnahmen zur Tabakentwöhnung zu identifizieren, (2) die Wirksamkeit von gruppenbasierten Maßnahmen zur Tabakentwöhnung bei der Nachuntersuchung nach sechs bis 12 Monaten zu bestimmen und (3) individuelle BCTs und BCT-Kategorien zu identifizieren, die im Zusammenhang mit wirksamen gruppenbasierten Interventionen nach mindestens sechs Monaten stehen.

## Methode

Die folgenden Datenbanken wurden nach Arbeiten von Januar 2000 bis März 2022 durchsucht: MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, The Cochrane Library und Web of Science. Zusätzliche Recherchen wurden im Register für klinische Studien des National Institute of Health (NIH) und der International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) der WHO durchgeführt. Die Referenzlisten der eingeschlossenen Artikel und fachspezifischen Zeitschriften, einschließlich *Addiction*, *Nicotine and Tobacco Research* und *Tobacco Control*, wurden ebenfalls durchsucht, um relevante Arbeiten zu identifizieren.

BCTs ermöglichen es, die Komponenten von Interventionen in einem replizierbaren Format zu beschreiben, und erlauben es, zu untersuchen, wie und warum Interventionen funktionieren. Die BCT-Taxonomie wurde beispielsweise zur Identifizierung der Komponenten und zur Bewertung der Wirksamkeit von internetbasierten Tabakentwöhnungsprogrammen eingesetzt. Die Beschreibung jeder Intervention wurde unabhängig voneinander von zwei Gutachtern, die Erfahrung mit der Anwendung der Taxonomie der Verhaltensänderung haben, den Kategorien und einzelnen BCTs innerhalb der BCT-Taxonomie zugeordnet.

## Ergebnisse

Nach dem Volltextscreening von 36 Studien wurden 19 RCTs in die Überprüfung einbezogen. Zehn Studien wurden in den USA durchgeführt, drei in Indien und die übrigen sechs in Dänemark, Nigeria, Spanien, China, Italien und den Niederlanden. Zehn Studien fanden nach 2015 statt. Mit Ausnahme einer Studie wurden erwachsene Raucher untersucht, die Interesse an einem Rauchstopp bekundet hatten.

Insgesamt wurden 28 BCTs aus 13 BCT-Kategorien ermittelt. Die einzelnen Interventionsprotokolle enthielten maximal acht BCTs bis minimal zwei BCTs; durchschnittlich wurden 5,42 BCTs (SD 2,0) eingesetzt.

Die am häufigsten eingesetzten BCTs waren „Information über die gesundheitlichen Folgen“, „Problemlösung“ (jeweils 13mal), „Vermeidung/Reduzierung von Auslösereizen“ (12mal), „Zielsetzung/Veränderungsziel“ (10mal) und „pharmakologische Unterstützung“ (7mal).

Einige konkrete Beispiele der am häufigsten verwendeten BCTs:

*Informationen über gesundheitliche Folgen:* Die Kursleitungen erörtern Themen wie tabakbezogene Fakten, Sensibilisierung durch bildliche Warnhinweise, Krankheitsgeschichten, Mythen und Fakten sowie die Vorteile des Rauchstopps und regen Gruppendiskussionen über die negativen Aspekte des Tabakkonsums und die gesundheitlichen Vorteile des Aufhörens an.

*Problemlösetraining:* In den Kurseinheiten werden die Erfahrungen der Teilnehmenden, die Entzugssymptome und die zu ihrer Überwindung ergriffenen Maßnahmen sowie die Bewältigungsstrategien bzw. die Verhinderung eines Rückfalls erörtert und diskutiert. Der Umgang mit hinderlichen Gedanken, Emotionen und Empfindungen wird besprochen.

*Vermeidung/Verringerung von Auslösereizen:* Es werden Situationen sozialer Einflussnahme nachgestellt, z.B. wenn ein Familienmitglied oder eine befreundete Person Zigaretten anbietet.

*Zielsetzung/Veränderungsziel:* Teilnehmende werden ermutigt, ihre Fortschritte bezüglich des Veränderungsziels mit der Gruppe zu teilen. Veränderungspläne werden überprüft und Teilnehmende werden ermutigt, den Konsum zu reduzieren/ein Rauchstopppdatum festzulegen, pharmakologische Hilfen zu verwenden oder andere Maßnahmen zu ergreifen, um aufzuhören und abstinent zu bleiben.

Elf der neunzehn eingeschlossenen Studien berichteten über Ergebnisse bei der Nachbefragung nach sechs Monaten. Die gepoolte Ausstiegsrate in diesen Studien war bei den Teilnehmenden der gruppenbasierten Interventionsarme höher als in den Vergleichsarmen der Kontrollbedingungen (OR 1,75, KI 1,12–2,72,  $p < 0,001$ ), wobei die gepoolte Rate der kontinuierlichen Abstinenz nach sechs Monaten noch deutlicher zugunsten der gruppenbasierten Interventionen ausfiel (OR 3,08, KI 1,73–5,46,  $p = 0,02$ ). Wurde die einfache Punktprevallenz der Abstinenz herangezogen, konnte kein signifikanter Behandlungseffekt festgestellt werden.

Welche BCTs wurden nun in den wirksamen gruppenbasierten Interventionen eingesetzt?

Nur in acht der 19 Studien wurden statistisch signifikante Unterschiede zwischen der Interventions- und der Vergleichsgruppe bei der letzten Nachuntersuchung ermittelt. In diesen acht Studien wurde berichtet, dass gruppenbasierte Interventionen die Raucherentwöhnungsraten mindestens um das Zweifache (adjustierte Odds Ratio AOR 1,93, KI 1,31–2,85) und maximal um mehr als das Sechsfache (AOR 6,42, KI 2,46–13,28) erhöhten. Die am häufigsten verwendeten BCTs in diesen acht Studien mit statistisch signifikanten Unterschieden zwischen der Behandlungs- und Kontrollgruppe waren „Informationen über gesundheitliche Folgen“ (in fünf Studien), „Informationen über soziale und umweltbezogene Folgen“ (wie Risiken des Passivrauchens und Gesundheitsgefahren für

andere Familienmitglieder) und „Problemlösung“ (in jeweils vier Studien).

Es wurden Metaanalysen durchgeführt, um die Wirksamkeit von BCT-Kategorien und spezifischen BCTs einzuschätzen, die in mindestens zwei Studien verwendet wurden, deren Ergebnisse bei der sechsmonatigen Nachbefragung zugunsten der Gruppenintervention ausfielen. 10 Meta-Analysen untersuchten die BCT-Kategorien und 15 Meta-Analysen für spezifische BCTs.

Von den 13 BCT-Kategorien, die in den eingeschlossenen Studien identifiziert wurden, kamen zehn in mindestens zwei Studien vor: Die Einbeziehung der folgenden vier BCT-Kategorien „Ziele und Planung“, „Natürliche Konsequenz“, „Vorteile und Herausforderungen“ und „Selbstvertrauen“ war signifikant mit einer erhöhten Wirksamkeit der Intervention nach sechs Monaten verbunden. Von den insgesamt 28 spezifischen BCTs, die in den einbezogenen Studien identifiziert wurden, traten 15 BCTs in mindestens zwei Studien auf. Die folgenden vier BCTs „Problemlösung“, „Information über gesundheitliche Folgen“, „Information über soziale und ökologische Folgen“ und „Belohnung für Fortschritte“ waren signifikant mit einer höheren Wirksamkeit der Interventionen nach sechs Monaten assoziiert. Die Einbeziehung der BCT „Informationen über soziale und ökologische Folgen“ zeigte den stärksten Effekt nach sechs Monaten (OR 8,55, KI 3,50–20,88,  $p < 0,001$ ).

## Diskussion

Die am häufigsten eingesetzten BCTs waren die Bereitstellung von Informationen über gesundheitliche Folgen, Problemlösungen (die Entwicklung von Strategien zur Vermeidung des Rauchens in Zeiten, in denen das Rauchverlangen besonders stark ist), die Vermeidung/Reduzierung von Auslösereizen und Zielsetzung im Sinne der Festlegung eines Ausstiegsdatums. Die Meta-Analyse zeigte, dass die Studien, die die BCT-Kategorien „Ziele und Planung“, „Natürliche Konsequenzen“, „Belohnung und Bedrohung“ und „Selbstvertrauen“ berücksichtigten, die Wahrscheinlichkeit, mit dem Rauchen aufzuhören, im Vergleich zu den Kontrollgruppen um etwa das Zweifache erhöhten. Darüber hinaus waren die BCTs „Problemlösung“, „Informationen über gesundheitliche Folgen“ und „Belohnung (Ergebnis)“ mit einer zwei- bis dreifach höheren Ausstiegsrate assoziiert. Die Einbeziehung von „Informationen über soziale und umweltbedingte Folgen“ scheint besonders bedeutsam für die Verbesserung der Abstinenzraten zu sein.

Meta-Regressionen deuten darauf hin, dass Interventionen mit einer größeren Anzahl von BCTs größere Effekte erzielen, so dass eine Erhöhung der Anzahl von BCTs in gruppenbasierten Interventionen vielversprechend erscheint.

Weniger als die Hälfte der Interventionen beinhaltet pharmakologische Unterstützung, was etwas überrascht angesichts der Tatsache, dass eine Kombination von Verhaltensinterventionen und Pharmakotherapie als beste Praxis angesehen wird. Bemerkenswert ist auch, dass nur wenige Interventionen explizit soziale Unterstützung einsetzen, wenn man an das

diesbezügliche Potential von Gruppenprogrammen bezüglich sozialen Lernens und gegenseitige Unterstützung denkt.

Spannend erscheint auch die Frage, ob denn für die unterschiedlichen Vermittlungsformen (Gruppe, Einzelberatung, Telefonberatung, digitale Programme) unterschiedliche BDCTs bedeutsam sind. So wurde festgestellt, dass die Verwendung von BCTs aus den Bereichen „Ziele und Planung“ und „Natürliche Konsequenzen“ die Ausstiegsschancen verbesserte, wenn sie in internetbasierte Interventionen einbezogen wurden. Die Kategorien „Problemlösung“, „Information über gesundheitliche Konsequenzen“ und „Information über soziale und umweltbezogene Konsequenzen“ sind üblicherweise in individuellen evidenzbasierten Behandlungsangeboten enthalten. Daher könnte die Einbeziehung dieser BCTs in individuelle oder gruppenbasierte Programme zur Behandlungsangebote, die persönlich oder online durchgeführt werden, die Erfolgsaussichten bei Ausstiegsversuchen verbessern.

Die Kodierung der BCTs erfolgte aus den Angaben in den veröffentlichten Studien. Da die BCT-Taxonomie erst vor kurzem entwickelt wurde, ist es denkbar, dass die Studien die BCT nicht so beschrieben haben, dass eine Kodierung einfach möglich ist, oder dass in den Beschreibungen der Interventionen Komponenten der Interventionen ausgelassen wurden, von denen die jeweiligen Autoren annahmen, dass sie nicht von großer Bedeutung sind. Dies würde dann eher Unterschiede in der Benennung der BCTs widerspiegeln als die Verwendung der BCTs. Die Kodierung des gesamten Interventionsmaterials (z.B. Handbücher zur Durchführung der Intervention, Überprüfung der Patientenmaterialien) würde genauere Hinweise auf die Art der eingesetzten BCTs liefern. Dies unterstreicht, wie wichtig es für Interventionsentwicklung und Forschung ist, über die Verwendung von einzelnen Wirkkomponenten zu berichten.

Anmerkung: Natürlich ist es eines der wichtigsten Anliegen von Entwicklern wissenschaftlich fundierter, leitlinienkonformer Angebote, möglichst wirksame einzelne Komponenten zu einem attraktiven Ausstiegskonzept zusammenzustellen. Insofern ist die hier vorgestellte Publikation von großer Relevanz. In der aktuellen Tabakleitlinie wird die Frage der Wirkkomponenten und deren differenzieller Effektivität in der Tabakentwöhnungs- und Abhängigkeitsbehandlung als „derzeit nur sehr eingeschränkt empirisch fundiert zu beantworten“ eingestuft, da kaum systematische Komponentenanalysen vorliegen. Es ist nicht unproblematisch, aus der separaten Untersuchung der Effektivität von Einzeltechniken Aussagen über den relativen Wirkanteil der Interventionen als Komponenten in einem komplexen Interventionsprogramm abzuleiten. Es herrscht klinischer Konsens, dass verhaltenstherapeutische Behandlungen zur Unterstützung der Tabakabstinenz Komponenten wie Psychoedukation, Motivationsstärkung, Maßnahmen zur kurzfristigen Rückfallprophylaxe, Interventionen zur Stärkung

der Selbstwirksamkeit, alltagspraktische Beratung mit konkreten Verhaltensinstruktionen und Problemlösetraining beinhalten sollten. Inwieweit durch die hier besprochene Publikation tatsächlich eine Fortentwicklung verhaltenstherapeutischer Therapieansätze abgeleitet werden kann, lässt sich schwer beurteilen.

Zhang H, Gilbert E, Hussain S, Veldhuizen S, Le Foll B, Selby P & Zawertailo L (2023)

### **Effectiveness of Bupropion and Varenicline for smokers with baseline depressive symptoms**

*Nicotine Tob Res* 25: 937–944, DOI: 10.1093/ntr/ntac288

#### **Hintergrund**

Bei Rauchenden, die gleichzeitig an einer Depression leiden, ist die Abstinenzwahrscheinlichkeit auch bei einer Pharmakotherapie geringer. In dieser Sekundärdatenanalyse sollte untersucht werden, inwieweit das Vorhandensein von depressiven Symptomen bei Studienbeginn die Wirksamkeit von Bupropion und Vareniclin beeinflusst.

#### **Methode**

Die in Frage kommenden Teilnehmenden wurden über das Internet rekrutiert und im Verhältnis 1:1 auf eine 12-wöchige Behandlung mit Bupropion (N=465) oder Vareniclin (N=499) randomisiert. Depressive Symptome wurden mit dem Patient Health Questionnaire (PHQ-9) erfasst. Ausschlusskriterien waren eine akute affektive Störung oder die aktuelle Einnahme von Antidepressiva. Die aktuellen depressiven Symptome wurden zu Beginn der Studie anhand der ersten beiden Fragen des PHQ-9 (im Folgenden als PHQ-2 bezeichnet) erfasst. „Wie oft haben Sie in den letzten 2 Wochen Sie von einem der folgenden Probleme geplagt? (1) Wenig Interesse oder Freude an Dingen und (2) Gefühl der Niedergeschlagenheit, Depression oder Hoffnungslosigkeit.“ Antwortmöglichkeiten waren „überhaupt nicht“ (0 Punkte), „einige Tage“ (1 Punkt), „mehr als die Hälfte der Tage“ (2 Punkte) oder „fast jeden Tag“ (3 Punkte). Teilnehmende mit einer Punktzahl von 0 aus diesen beiden Fragen wurden als nicht depressiv eingestuft; bei einem Gesamtwert von mindestens 1 wurde vom Vorhandensein von depressiven Grundsymptomen ausgegangen. Wenn Teilnehmende mehr als 3 Punkte aus diesen beiden Fragen erreichten, wurden zusätzlich die restlichen PHQ-9-Fragen gestellt.

#### **Ergebnisse**

Das Durchschnittsalter der Teilnehmende lag bei 44 Jahren, die meisten rauchten 11–20 Zigaretten pro Tag und waren mittel bis schwer abhängig (FTCD 6,0). In der Bupropion-Gruppe

hatten 143 (30,8 %) depressive Ausgangssymptome (PHQ-2 > 0), in der Vareniclin-Gruppe waren es 136 (27,3 %). Unter den Teilnehmenden, die einen Wert von mehr als drei Punkten aus den beiden ersten Fragen aufwiesen (64 von 964 Teilnehmenden) und die restlichen Fragen des PHQ-9 gestellt bekamen, wurden folgende Verteilung der PHQ-9-Werte ermittelt: 24 (2,5 %) hatten Werte von 3–10 (leichte Depression), 29 (3,0 %) Werte von 11–20 (mittlere bis mittelschwere Depression) und 3 (0,3 %) Werte von über 20 (schwere Depression).

Am Ende der Behandlung gab es keine signifikanten Unterschiede in der Retentionsrate zwischen den Teilnehmenden mit Symptomen oder ohne Symptome. Allerdings füllten am Ende der Behandlung mehr Teilnehmende in der Vareniclin-Gruppe den Fragebogen aus (n=309; 61,9 %) als in der Bupropion-Gruppe (n=242; 52,0 %, p=0,04).

Teilnehmende mit depressiven Symptomen waren weniger zuversichtlich bezüglich ihres Rauchstopps und hatten einen niedrigeren Bildungsstatus, ansonsten gab es keine signifikanten Unterschiede. Unter den 280 Teilnehmenden mit depressiven Symptomen war die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sie am Ende der Behandlung Abstinenz erreicht hatten als bei den 684 Teilnehmenden ohne Symptome (OR 0,56, KI 0,38–0,80, p=0,003).

Am Ende der Behandlung waren die Aufhörquoten in der Bupropion-Gruppe signifikant unterschiedlich zwischen Personen mit und ohne depressive Symptome (7,0 % vs. 17 %; p=0,003). Ein solcher Unterschied fand sich in der Vareniclin-Gruppe nicht (21 % vs. 27 %, p=0,21). Wenn nach Kovariaten (Geschlecht, Zigaretten pro Tag, Zuversicht, mit dem Rauchen aufzuhören und Bildung) adjustiert wurde, war das Vorhandensein von depressiven Symptomen bei Studienbeginn mit einer signifikant geringeren Wahrscheinlichkeit des Aufhörens in der Bupropion-Gruppe (AOR 0,35, KI 0,167–0,75, p=0,007), aber nicht in der Vareniclin-Gruppe (AOR 0,64, KI 0,37–1,10, p=0,1) assoziiert.

Am Ende der Behandlung litten die Teilnehmenden mit depressiven Symptomen signifikant häufiger unter Mundtrockenheit und Müdigkeit im Vergleich zu Teilnehmenden ohne depressive Symptome. Wenn nach Medikamentengruppe stratifiziert wurde, traten bei Teilnehmenden mit depressiven Symptomen in der Bupropion-Gruppe signifikant häufiger Mundtrockenheit, Schlafstörungen und Müdigkeit auf im Vergleich zu denen ohne Symptome. In der Vareniclin-Gruppe gab es lediglich mehr Fälle von Mundtrockenheit unter den Teilnehmenden mit depressiven Symptomen.

## Diskussion

Dass das Vorhandensein von depressiven Symptomen bei Studienbeginn die Ergebnisse der Pharmakotherapie negativ beeinflusst, ist nicht überraschend. Dieser Haupteffekt der depressiven Symptome war statistisch signifikant, die Interaktion zwischen depressiven Symptomen und der Art der Medikation jedoch nicht (p=0,09), was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass die Abstinenzraten in der Bupropion-Gruppe insgesamt deutlich geringer ausfielen. Nichtsdestotrotz zeigte sich nach der Stratifizierung nach Medikamentengruppe, dass in der Bupropion-Gruppe die Abstinenzraten bei denjenigen mit depressiven Symptomen signifikant niedriger waren. In der Vareniclin-Gruppe war der Unterschied statistisch nicht signifikant, wenn auch klinisch bedeutsam. Entgegen der Hypothese war Bupropion nicht wirksamer für Personen mit depressiven Symptomen, obwohl es auch ein häufig verschriebenes Antidepressivum ist, das nachweislich negative Affekt und Entzugssymptome reduziert. Diese Ergebnisse werden durch ein kürzlich publiziertes Cochrane-Review gestützt, das zu dem Schluss kommt, dass es keine ausreichenden Belege für einen Nutzen von Bupropion für Rauchende mit aktueller oder früherer Depression gibt. Die klinische Wirksamkeit von Bupropion in der Tabakentwöhnung scheint also nicht durch seine antidepressive Wirkung vermittelt zu werden.

Wie bei nicht depressiven Rauchenden waren Rauchende mit depressiven Symptomen eher abstinent, wenn sie Vareniclin erhalten hatten, was im Einklang mit früher berichteten Ergebnissen steht: Bereits in der 2019 durchgeführten Sekundäranalyse der EAGLES-Studie war Vareniclin die wirksamste pharmakologische Hilfe für Teilnehmende mit Befindlichkeitsstörungen.

Anmerkung: Diese Studie wurde von Global Research Awards für Nikotinabhängigkeit (GRAND) finanziert, einem Forschungswettbewerb, der von Pfizer Pharmaceuticals finanziert wird. Der Beitrag von Pfizer bestand in der kostenlosen Abgabe von Vareniclin; Pfizer hatte keinen Einfluss auf das Design der Studie oder Evaluation. Die endgültige Fassung dieses Manuskripts wurde vor der Einreichung bei der Zeitschrift vom Geldgeber genehmigt.

Der Vertrieb von Vareniclin pausiert seit Juli 2021 aufgrund von Meldungen über eine Verunreinigung mit Nitrosaminen (siehe Newsletter Nr. 84, Oktober 2021). Derzeit ist noch unklar, wann Vareniclin wieder verfügbar sein wird.