

Newsletter Tabakentwöhnung

Nr. 95, Juni 2024



dkfz.

DEUTSCHES
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT



WHO-Kollaborationszentrum
für Tabakkontrolle

WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg
in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

Editorial

Tabakkonsum führt bei etwa jedem zweiten Rauchenden in eine Tabakabhängigkeit, die einer Behandlung bedarf. Ein Behandlungserfolg, also der langfristig anhaltende Rauchstopp, bringt nicht nur die Bewältigung dieser Abhängigkeitserkrankung mit sich, sondern verringert die Mortalität und Morbidität in erheblichem Maße. Das Ausmaß und die Geschwindigkeit, mit der ein Rauchstopp die Sterblichkeitsrate durch rauchbedingte Folgekrankheiten reduziert, ist allerdings noch unklar. Um diese Forschungslücke zu schließen, wurden Langzeitdaten aus vier nationalen Kohorten (USA, UK, Norwegen und Kanada) analysiert und die Sterberisiken von aktuellen, ehemaligen und Nie-Rauchenden verglichen (1). Unter den knapp 1,5 Millionen Erwachsenen, die 15 Jahre lang verfolgt wurden, traten mehr als 122 000 Todesfälle auf. Nach Berücksichtigung von Alter, Bildung, Alkoholkonsum und Fettleibigkeit wiesen aktuell Rauchende im Vergleich zu Nicht-rauchenden ein deutlich höheres Sterberisiko (Faktor 2,8 für Frauen, Faktor 2,7 für Männer). Die Lebenserwartung im Alter zwischen 40 und 79 Jahren war bei rauchenden Frauen und Männern im Vergleich zu nicht-rauchenden um 12 bzw. 13 Jahre geringer. Ehemals Rauchende wiesen im Vergleich zu aktuell Rauchenden insgesamt ein lediglich halb so hohes Sterberisiko auf (Faktor 1,3 sowohl bei Frauen als auch Männern). In allen Altersgruppen war das Risiko für Todesfälle

Inhalt

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
Neue Publikationen	3

durch Atemwegserkrankungen am höchsten (Faktor 7,6 für Frauen, Faktor 6,3 für Männer), gefolgt von Gefäßerkrankungen (Faktor 3,1 für Frauen, Faktor 2,9 für Männer) und Krebs (Faktor 2,8 für Frauen, Faktor 3,1 für Männer). Ein Rauchstopp, der zehn oder mehr Jahre zurücklag, führte in allen Altersgruppen zu einer vergleichbaren Überlebensrate wie die von Nichtrauchenden. Ein Großteil dieses Zugewinns an Lebenserwartung wird innerhalb eines kurzen Zeitrahmens erzielt: Ein Rauchstopp, der drei oder weniger Jahre zurückliegt, verhindert potenziell den Verlust von etwa fünf Lebensjahren, die durch fortgesetztes Rauchen verlorengegangen wären. In den gepoolten Analysen war der Rückgewinn an Lebenszeit bis zum 80. Lebensjahr mit 12 Jahren am größten, wenn man vor dem 40. Lebensjahr aufhört. Ein Ausstieg im Alter von 40 bis 49 Jahren bringt noch sechs Jahre Gewinn), und auch ein später im Leben erfolgreich vollzogener Rauchstopp zwischen 50 bis 59 Jahren bringt noch 2,5 Jahre Gewinn. Diese Zahlen erinnern an bereits vorliegende epidemiologische Erkenntnisse (Doll et al. 2004). Diese bedeutsamen Vorteile gelten sowohl für Frauen wie auch für Männer.

(1) Cho FO, Brill IK, Gram IT, Brown PE & Jha P (2024) Smoking cessation and short- and longer-term mortality. NEJM Evid 3: EVIDoA2300272, DOI: 10.1056/EVIDoA2300272

Viele betroffene rauchende Personen glauben fälschlicherweise, dass ein Rauchstopp sich für sie nicht mehr lohnen würden, weil sie schon so lange rauchen oder einen hohen Tageskonsum haben. Diese Langzeituntersuchung konnte aber bestätigen, dass bereits drei Jahre nach dem Rauchstopp bedeutende Verbesserungen eintreten, die sich in einem reduzierten Risiko für Frühsterblichkeit niederschlagen, insbesondere für gefäß- und krebsbedingte Sterblichkeit. Dieser zu erwartender Gewinn lässt sich in der Beratung als zusätzliche Motivationshilfe nutzen.

Wir hatten in diesem Newsletter immer wieder aktuelle Zahlen der „Deutschen Befragung zum Rauchverhalten“ (DEBRA, <https://www.debra-study.info>) berichtet und dabei auf die hohe Rauchprävalenz und deren besorgniserregende Entwicklung in Deutschland hingewiesen. Die letzte Erhebungswelle weist mit 30,7% Prävalenz einen leichten Rückgang, aber nach wie vor einen hohen Wert auf. Mehr als unbefriedigend ist die im Vergleich zu den letzten Erhebungswellen noch einmal weiter zurückgegangene Quote von 5,7% derjenigen Rauchenden, die mindestens einen ernsthaften Rauchstoppversuch in den letzten 12 Monaten unternommen haben.

In der zweiten Ausgabe unseres Newsletters für 2024 werden wieder vier neue Publikationen etwas ausführlicher besprochen. Zunächst werden Ergebnisse einer Analyse von YouTube-Videos zur Tabakentwöhnung bezüglich ihrer Quellen, Formate und Inhalte präsentiert. Dann folgt eine Metaanalyse einer chinesischen Arbeitsgruppe zum Einsatz von E-Health Interventionen und einem Vergleich mit traditionellen Offline-Rauchstoppinterventionen. Die dritte vorgestellte Publikation schließlich hatte zum Ziel, die inkrementelle Wirksamkeit eines 12-wöchigen aeroben Trainings mit moderater Intensität bei rauchenden Erwachsenen zu testen, die an Depressionen leiden. Und zum Schluss werden Ergebnisse einer Phase-2-Studie zur Bestimmung der Wirksamkeit und Sicherheit von Cytisin im Vergleich zu Placebo bei erwachsenen E-Zigarettenkonsumenten präsentiert.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine schöne Sommerzeit und 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, 21.–25.10.2024. Verkürzte Schulung: München, 8.–10.7.2024. Online-Schulung

Klinik-Zertifikat „Rauchfrei nach Hause!?:“: 11.–13.10.2024. Infos unter <http://rauchfrei-programm.de/schulungstermine>, Anmeldung bei braun@ift.de, Tel.: 089 36 08 04 91, Fax: 089 36 08 04 98

Curriculum „Ärztlich begleitete Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer

Die Qualifikationsmaßnahme für Ärztinnen und Ärzte besteht aus 6 Modulen und hat einen Umfang von 20 Stunden. Das

fakultative Modul VI „Tabakentwöhnung mit strukturiertem Gruppenprogramm gemäß § 20 SGB V“ umfasst weitere 8 Stunden. Das Curriculum kann als Blended-Learning-Maßnahme durchgeführt werden. Auskünfte zum Curriculum unter Tel. 030 4 00 45 64 22 oder dezernat2@baek.de. Termine unter <https://www.baek-fortbildungssuche.de/fbsuche>

20-stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

Teilnehmende werden ausführlich in die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Rauchenden mit dem gemäß § 20 SGB V anerkannten Programm „Nichtraucher in 6 Wochen“ eingeführt und sollten allgemeine Erfahrung in der Suchttherapie mitbringen. Teilnehmende haben Anspruch auf Fortbildungspunkte

der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer. Termine: 22.–23.11.2024. Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen. Information und Anmeldung: Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen, Sylwia Mleczko, Tel.: 07071 2 98 23 13, E-Mail: sylwia.mleczko@med.uni-tuebingen.de

Kongresse und Tagungen

■ National

Deutscher Suchtkongress 2024

Köln, 23. bis 25. September 2024. Kongress-titel: Forschung, Prävention und Hilfen gemeinsam gestalten. Programm und Anmeldung unter <https://www.suchtkongress.org>

22. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle

Heidelberg, 4. bis 5. Dezember 2024

Neue Publikationen

Is social media our new quitline? A descriptive study assessing YouTube coverage of tobacco cessation

Jawed A & Hogan A (2024) *J Prev Med Hyg* 65: E25–E35, DOI: [10.15167/2421-4248/jpmh2024.65.1.3139](https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2024.65.1.3139)

■ Hintergrund

YouTube stellt derzeit eines der am weitesten verbreiteten sozialen Medien dar, auf dem zunehmend auch gesundheitsbezogene Themen behandelt werden. Ein Vorteil von YouTube-Videos ist die große Bandbreite von Nutzenden, denen über dieses Medium

Zugang zu Informationen ermöglicht wird; ein weiterer Vorteil besteht darin, dass diejenigen erreicht werden, die sich lieber per Video als über Print informieren, weil sie nicht lesen können oder wollen. Die Ziele der vorliegenden Studie waren die 1) Beschreibung der Quellen, Formate und Inhalte der am weitesten verbreiteten YouTube-Videos zur Tabakentwöhnung und 2) die Darstellung von Implikationen und Empfehlungen für die zukünftige Forschung und Praxis.

■ Methode

Im August bis September 2023 wurde auf Computern mit geleertem Browserverlauf eine

Suche auf YouTube mit den Schlüsselwörtern „stop quit smoking“ durchgeführt. Die Ergebnisse wurden nach der Anzahl der Aufrufe sortiert, und die URLs der 100 am häufigsten angesehenen Videos wurden kopiert und in einer separaten Datei gespeichert. Ein Codebuch auf Grundlage der Literatur und der Leitlinien von maßgeblichen Behörden wie dem U.S. Public Health Service und der Weltgesundheitsorganisation WHO diente der Einordnung der Videos. Kodiert wurden für jedes Video (a) Quelle des Uploads, (b) das Format, (c) Anzahl der Aufrufe, (d) Länge (in Minuten), (e) Jahr des Uploads.

Inhaltliche Variablen (siehe unten) wurden dichotom kodiert (enthalten oder nicht enthalten). Die Quelle des Uploads für jedes Videos wurde in eine der folgenden vier Kategorien kodiert: Nicht-staatliche Organisation, Verbraucher, staatliche Quellen und andere. Kategorien für das Format waren Dokumentarfilm, Interview, Demonstration/Experiment, Vortrag eines Fachmanns, TV-Talkshow/Diskussionsrunde, Animationen, Standbilder, Nachrichtenbericht mit Moderator, V-Blog, Werbung, Testimonial/Geschichte, Mix mehrerer Formate, und „andere Formate“. Die Inhaltskategorien umfassten (a) ästhetische Auswirkungen, (b) gesundheitliche Auswirkungen, (c) Umweltbelastung durch Tabak, (d) Stressoren/Auslöser, (e) Tipps, Strategien und Ressourcen zum Aufhören, (f) Ausgang des Aufhörversuchs, (g) Inhaltsstoffe von Tabakprodukten, (h) Arten von Tabakprodukten, (i) gesundheitliche Vorteile, (j) soziale/umweltbezogene Vorteile des Aufhörens und (k) Kommentare zu Fehlinformationen oder Desinformation, die in dem Video vermittelt wurde.

■ Ergebnisse

Die meisten Videos wurden zwischen 2006 und 2023 veröffentlicht. Die Gesamtzahl der

Aufrufe für die 100 meistgesehenen Videos betrug 334 299 907; die Anzahl der Aufrufe für die einzelnen Videos reichte von 205 772 bis 44 286 440. Die Länge der Videos betrug 0,25 Minuten bis 541,42 Minuten; der Median lag bei 5,17 Minuten. Die Mehrheit der analysierten Videos wurde von nicht-staatlichen Quellen hochgeladen (N = 35). Diese erzielten über 80 Millionen Aufrufe, was etwa 25 % der Aufrufe insgesamt entspricht.

25 Videos wurden von Verbrauchern selbst hochgeladen; diese Videos erzielten 35 % der kumulativen Aufrufe (mehr als 125 Millionen Aufrufe). 29 Videos wurden von anderen Quellen wie Talkshows, Fernsehsendungen, Radiosendungen oder Nachrichtensendungen eingestellt (87 Millionen Aufrufe, etwa 30 % der Aufrufe). Die 11 Videos von staatlichen Quellen kamen auf knapp 12 % der kumulativen Aufrufe (37 Millionen). Ein Drittel aller Videos hatte die Form von Testimonials, die mehr als 77 Millionen Aufrufe (20 %) generierten. 23 Videos bestanden aus Animationen, wobei diese Videos mit fast 90 Millionen Aufrufen mehr kumulierte Aufrufe erzielten. Weitere beliebte Formate waren Vorträge von Fachleuten (N = 20) mit mehr als 42 Millionen Aufrufen (13 %). 14 Videos hatten andere, nicht-traditionelle Formate und erreichten etwa 20 Millionen Aufrufe (6 %). Acht Videos wurden in Form von V-Blogs veröffentlicht und erreichten 40 Millionen Aufrufe (etwa 13 %). Darüber hinaus enthielten sieben Videos Inhalte aus TV-Talkshows und Diskussionsrunden (27 Millionen Aufrufe, etwa 8 %). Andere Formate (Nachrichten mit Moderator, mehr als zwei kombinierte Formate, Interviews und Dokumentationen kamen zusammen auf etwa 24 Millionen Aufrufe (7 %).

Von sechs gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens wurden Krankheit und Sterblichkeit am häufigsten thematisiert (53 Videos, 64 % der Aufrufe).

Von besonderem Interesse waren die in den Videos vermittelten Tipps, Strategien und Ressourcen; 43 verschiedene Tipps wurden kodiert. „Bewegung“ war der in den meisten Videos behandelte Tipp (28 Videos, 59 Millionen Aufrufe). Testimonials/Erfolgsgeschichten wurden in 24 Videos mit insgesamt 39 Millionen Aufrufen erwähnt; 22 Videos mit mehr als 30 Millionen Aufrufen behandelten Inhalte zur Bewältigung von Craving. 18 Videos (38 Millionen Aufrufe) präsentierten Inhalte zum „kalten Entzug“, wohingegen die 15 Videos, in denen Nikotinpflaster thematisiert wurden, auf etwa 31 Millionen Aufrufe kamen. Nikotinkaugummi wurde in 14 Videos thematisiert (30 Millionen Aufrufe).

Die 14 Videos zum Thema Hypnose erzielten etwa 19 Millionen Aufrufe. Neun Videos enthielten Inhalte zum Thema Ablenkung (23 Millionen Aufrufe); die neun Videos zum Thema „Quitline“ erzielten ebenfalls 23 Millionen Aufrufe.

Weitere Themen waren individuelle Beratung (acht Videos, fast 33 Millionen Aufrufe), Achtsamkeit (acht Videos, 26 Millionen Aufrufe), Nikotin-Sprays (acht Videos, 25 Millionen Aufrufe), Nikotin-Lutschtabletten (sieben Videos, 24 Millionen Aufrufe) sowie verschreibungspflichtige Medikamente (sieben Videos, lediglich 6 Millionen Aufrufe). Die fünf Videos zum schrittweisen Ausstieg erreichten fast 30 Millionen Aufrufe. Darüber hinaus enthielten drei Videos Inhalte zur kognitiven Verhaltenstherapie und erzielten 23 Millionen Aufrufe.

In keinem der Videos wurden Inhalte zu Textnachrichten, Gruppenberatung oder Motivational Interviewing vermittelt.

Sechs Videos präsentierten Inhalte über E-Zigaretten zur Tabakentwöhnung oder als Strategie zur Schadensbegrenzung, wobei

diese Videos mehr als 50 Millionen Aufrufe verzeichneten.

Bezüglich der verschiedenen Tabak- und verwandten Produkte entfielen 68 Videos auf Zigaretten (73 % aller Aufrufe) und 18 auf E-Zigaretten (23 % der Aufrufe). Videos über Zigarren, rauchlosen Tabak und andere Arten von Produkten waren selten und erzielten weniger als 2 % der kumulierten Aufrufe.

Von den unterschiedlichen gesundheitlichen Vorteilen eines Rauchstopps wurde das Thema „gesunder Lebensstil“ am häufigsten erwähnt (37 Videos, fast 72 Millionen Aufrufe). In 33 Videos wurde die Verbesserung der Lebensqualität dargestellt (66 Millionen Aufrufe). 26 Videos enthielten Inhalte zur Verringerung des Risikos chronischer Krankheiten (87 Millionen Aufrufe).

■ Diskussion

Im digitalen Zeitalter stellen soziale Medien wie YouTube einen vielversprechenden Weg dar, ein großes Publikum zu sehr niedrigen Kosten zu erreichen. Angesichts der globalen Reichweite von YouTube ist bedeutsam, aus welchen Quellen die meistgesehenen Videos zur Tabakentwöhnung stammen. Von Verbrauchern hochgeladene Videos bildeten die häufigste Quelle; das könnte darauf hindeuten, dass Personen, die auf YouTube Tipps oder Unterstützung für den Rauchstopp suchen, nicht bevorzugt auf fachkundige Quellen zurückgreifen.

In den am häufigsten angesehenen Videos wurde eine Vielzahl von Strategien und Ressourcen zur Unterstützung von Personen mit Tabakabhängigkeit behandelt. Vorgehensweisen wie die 5As und Motivational Interviewing, die im klinischen Setting eingesetzt werden, spielten keine Rolle, wohingegen andere evidenzbasierte

Interventionen wie Nikotinersatzprodukte häufiger behandelt wurden.

Die Ergebnisse zeigen eine Fülle von Selbsthilfetipps und Strategien zur Überwindung der Tabakabhängigkeit. Da diese Videos sehr viele Menschen erreichen, haben sie das Potenzial, denjenigen zu helfen, die nicht daran interessiert oder nicht in der Lage sind, eine professionelle Entwöhnungsbehandlung in Anspruch zu nehmen. Während der einfache Zugang zu diesen Videos ein großer Vorteil ist, muss zum anderen berücksichtigt werden, dass Social Media-Plattformen wie YouTube keine etablierten, evidenzbasierten Formate zur Vermittlung individueller und bevölkerungsbezogenen Maßnahmen der Tabakentwöhnung darstellen, auch wenn einige der Videos evidenzbasierte Interventionen enthalten. Diese Videos bieten daher auch eine Gelegenheit, mehr über Patientenpräferenzen und Akzeptanz von Ausstiegsempfehlungen in Erfahrung zu bringen.

Einschränkend erwähnt werden muss das Querschnittsdesign, was die Verallgemeinerbarkeit einschränkt. Dies ist angesichts der laufend neu hinzukommenden Videos auf YouTube bedeutsam. Die zweite Einschränkung bezieht sich auf die untersuchte Stichprobe: Trotz eines bereinigten Browserverlaufs bleibt der Algorithmus, mit dem die Stichprobe erstellt wurde, im Verborgenen. Es ist möglich, dass häufig angesehene Videos unberücksichtigt blieben. Die Beschränkung auf 100 ausschließlich englisch-sprachige Videos schränkt die Verallgemeinerbarkeit weiter ein. Die Bewertung der Reichweite über die Anzahl der Aufrufe hat den Nachteil, dass die Anzahl der Betrachtenden nicht ermittelt wurde. Ein weiteres Problem war, dass die Ergebnisse zur inhaltlichen Reichweite unverhältnismäßig stark von einer kleinen Anzahl von Videos beeinflusst wurden, die einen großen Anteil an Aufrufen erzielten. Die

Untersuchung liefert aber dennoch Hinweise für staatliche und Gesundheitsorganisationen, wie Videos zur Unterstützung des Rauchstopps aussehen könnten: Ziel muss es sein, nicht nur aktuelle evidenzbasierte Inhalte zu vermitteln, sondern diese auch möglichst ansprechend, interessant und relevant für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen zu gestalten. YouTube könnte wegen der hohen Reichweite mehr von staatlichen Stellen zur Vermittlung evidenzbasierter Methoden zur Tabakentwöhnung genutzt werden.

Efficacy of e-health interventions for smoking cessation management in smokers: A systematic review and meta-analysis

Li S, Qu Z, Li Y & Ma X (2024) eClinicalMedicine 68: 102412, DOI: 10.1016/j.eclinm.2023.102412

■ Hintergrund

E-Health nutzt Informations- und Kommunikationstechnologie zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Nutzenden. Diese digitalen Angebote eröffnen hilfesuchenden Tabakkonsumenten einen neuen Weg zur Unterstützung des Rauchstopps. Die Forschung im E-Health-Bereich hat in den letzten Jahren große Fortschritte erzielt und wird nach wie vor sehr intensiv betrieben. Die letzte Cochrane-Metaanalyse zu diesen Angeboten wurde allerdings im Oktober 2019 publiziert, so dass eine aktuellere systematische Überprüfung und Metaanalyse überfällig waren.

■ Methode

Für diese systematische Überprüfung und Meta-Analyse wurden die Datenbanken PubMed, Embase und Cochrane Library herangezogen und Publikationen bis Dezember

2022 berücksichtigt. Bei den eingeschlossenen Studien handelte es sich um randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), in denen der Einsatz von E-Health-Interventionen mit traditionellen Offline-Rauchstoppinterventionen (einschließlich medikamentöser Behandlung, Broschüren und persönlicher Unterstützung) verglichen wurden. Primäre Outcomes waren 7-Tage- und 30-Tage-Punktprävalenz-Abstinenz, sekundäres Outcome die anhaltende Abstinenz. Nicht berücksichtigt wurden Studien, in denen keine eindeutige E-Health-Intervention beschrieben wurde oder in denen keine eindeutigen Outcomes berichtet wurden. Zur Auswertung der eingeschlossenen Studiendaten wurden Meta-Analysen mit festen Effekten und Meta-Regressionsanalysen durchgeführt. Traditionelle Interventionen waren definiert als solche, bei denen keine Mobiltelefone, Websites oder andere elektronische mobile Geräte genutzt wurden (unter anderem also gedruckte Broschüren, persönliche Beratung oder medikamentöse Therapien).

■ Ergebnisse

Von insgesamt 2 408 Arbeiten, darunter 1 122 aus der Cochrane Library und 1 286 aus anderen Datenbanken wurden nach einem Duplikat-Screening 1 264 Artikel ausgeschlossen, 571 Artikel weitere wegen eines nicht-randomisierten oder experimentellen Designs und noch einmal 512 Artikel, die nicht den Vorgaben des Studienziels entsprachen. Von den verbleibenden 60 Arbeiten wurden schließlich 39 Artikel eingeschlossen. Fünf dieser Studien untersuchten drei parallele Versuchsgruppen (eine Kontroll- und zwei Interventionsgruppen), so dass insgesamt 44 Studienarme in die Analyse einbezogen wurden. Unter den 44 Studienarmen wurden 15 in den Vereinigten Staaten durchgeführt, 17 in Europa (darunter zwei in Norwegen, zwei in den Niederlanden und fünf im Vereinigten

Königreich) und acht in Asien (darunter sechs in China).

In 17 Studienarmen kamen Textnachrichten und Telefonanrufe (nur in drei Studien) zum Einsatz, während 27 Studien Websites und mobile Anwendungen (Apps) nutzten. Die Kontrollen erhielten meist „booklets“ oder „standard/usual care“, also keine intensive psychotherapeutische Behandlung. Die Dauer der Intervention variierte zwischen 21 Tagen und 12 Monaten, wobei mehrheitlich kurz- bis mittelfristige Interventionen (21 Tage bis drei Monate) angeboten wurden. 34 Studien (77,3 %) beinhalteten eine biochemische Validierung des Rauchstatus.

Da nur drei Artikel Angaben zu 30-Tage-Punktprävalenz-Abstinenz berichteten, wurden die Ergebnisse für 7-Tage- und 30-Tage-Punktprävalenz-Abstinenz zusammengefasst. Insgesamt erzielten die E-Health-Interventionsgruppen höhere Abstinenzraten als die Kontrollgruppen (Risk Ratio, RR = 1,86, KI: 1,69–2,04).

Bei dem sekundären Outcome anhaltende Abstinenz (zwischen 60 Tagen und 12 Monaten; 13 Studien) zeigte sich ebenfalls, dass im Vergleich zur Kontrollgruppe die E-Health-Interventionen besser abschnitten (RR = 1,79, KI: 1,60–2,00).

Von 34 Studien wurden in 13 Studien Maßnahmen über mobile Geräte (Telefon und Textnachrichten) vermittelt, und 21 verwendeten telemedizinische Maßnahmen (Websites und Apps). Subgruppenanalysen zeigten, dass es Unterschiede zwischen diesen beiden E-Health-Interventionen gab: Beide Interventionsformen waren wirksam, aber für die erste Gruppe von Interventionen lagen stärkere Wirksamkeitsnachweise vor als für die zweite. Für Text- oder Telefoninterventionen betrug das RR für Punktprävalenz-Abstinenz

2,10 (KI: 1,77–2,48), während die Interventionseffekte von Websites und Apps etwas schwächer ausfielen (RR = 1,74, KI: 1,56–1,94). Auch bezüglich anhaltender Abstinenz wurden diese Unterschiede bestätigt (13 Studien): Für Text- oder Telefoninterventionen betrug das RR für Punktprävalenz-Abstinenz 2,01 (KI: 1,72–2,36), während für die Interventionseffekte von Websites und Software-Programmen ein RR von 1,44, (KI: 1,32–1,81) errechnet wurde. 30 Studien waren mit einem geringem Verzerrungsrisiko behaftet; Sechs Studien wiesen ein höheres Risiko auf (6/44, 13,6%), was meist an unvollständigen Ergebnisdaten lag.

■ Diskussion

Im Vergleich zu traditionellen Offline-Standardmethoden war die Abstinenzrate der E-Health-Interventionen um das 1,86-fache höher. Diese Überlegenheit könnte teilweise zurückzuführen sein auf den „proaktiven“ Charakter der E-Health-Interventionen, die Nutzende durch aktives Versenden von Nachrichten an das Aufhören und Durchhalten erinnern. Auch wenn keine quantitative oder qualitative Analyse der Compliance durchgeführt wurde, scheint E-Health auf Grundlage der in den einzelnen Studien berichteten Ergebnisse mit höherer Compliance und Zufriedenheit einherzugehen als die reguläre Versorgung in den Kontrollbedingungen.

Einige Studien deuten allerdings darauf hin, dass der Unterschied bei den Abstinenzraten zwischen den E-Health- und traditionellen Interventionen nicht signifikant ist. Die Wirksamkeit von E-Health scheint von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst zu sein, und die Heterogenität der Ergebnisse könnte von bislang noch nicht identifizierten Faktoren beeinflusst sein.

Obwohl diese systematische Überprüfung und Meta-Analyse die Wirksamkeit von

E-Health-Interventionen bestätigt, muss auf einige Einschränkungen hingewiesen werden. Die eingeschlossenen Studien unterscheiden sich in der Auswahl der Teilnehmenden, dem Interventionszeitraum, der Art der E-Health-Intervention und der jeweiligen Kontrollintervention, was zu Heterogenität und Verzerrungen führen kann (z.B. höhere Erwartungen an die Intensität der Intervention bei bestimmten Patienten-Populationen). Zudem stammten nur zehn der inkludierten Studien aus den Jahren 2020 bis 2022, so dass es angesichts der rasanten Entwicklung in diesem Bereich zeitnah weitere Studien und Metaanalysen braucht.

Randomized controlled trial of aerobic exercise for smoking cessation among individuals with elevated depressive symptoms

Abrantes AM, Browne J, Uebelacker LA, Anderson BJ, Barter S, Shah Z, Kunicki ZJ, Caviness C, Price LH, Desaulniers J & Brown RA (2024) Nicotine Tob Res 26: 634–638, DOI: 10.1093/ntr/ntad201

■ Hintergrund

Erwachsene mit Depressionen rauchen häufiger Zigaretten und haben bei ihren Rauch-stoppversuchen ein höheres Rückfallrisiko als Menschen ohne Depressionen. Auch professionelle pharmakologische, psychologische und kombinierte Interventionen erzielen bei Erwachsenen mit Depressionen geringe Langzeitabstinenzraten. Aerobes Training (AE) könnte die Rauchstoppbemühungen in dieser Subpopulation erleichtern. Ziel dieser Studie war es deshalb, die inkrementelle Wirksamkeit einer 12-wöchigen AE-Intervention mit moderater Intensität im Vergleich zu einem Gesundheitsaufklärungskurs (HEC) zusätzlich zu einer Standardbehandlung zu testen.

■ Methode

Die Teilnehmenden wurden zwischen Februar 2014 und Februar 2018 durch Online-, Radio-, und Zeitungsanzeigen rekrutiert. Teilnahme-kriterien waren: Alter 18–65 Jahre, Tageskonsum von mindestens 10 Zigaretten, mindestens leichte Depression (Center for Epidemiological Studies Depressionsskala CES-D ≥ 6 Punkte), weniger als 90 Minuten moderate bis intensive körperliche Aktivität pro Woche, und dazu in der Lage, eine Meile (1,6 km) auf einem Laufband zu gehen. 231 Personen wurden nach einem Screening zur Rauchstopp-Behandlung plus AE oder Rauchstopp-Behandlung plus HEC randomisiert, wobei die Randomisierung blockweise nach Geschlecht, Schwere der depressiven Symptome (CES-D < 16 und CES-D ≥ 16) und Grad der Abhängigkeit (Fagerström-Test für Zigarettenabhängigkeit FTCD < 5 und FTCD ≥ 5) vorgenommen wurde. Die Nach-untersuchungen fanden drei, sechs und 12 Monate später statt.

Die AE-Bedingung umfasste 12 wöchentliche Gruppentreffen plus Empfehlungen für eigenständiges AE-Training. Bei den Treffen wurde die Trainingsdauer graduell bis 30 min/Einheit gesteigert und die Herzfrequenz überwacht, um ein Training im moderaten Intensitätsbereich (64 %–76 % der altersgemäßen maximalen Herzfrequenz) durchzuführen. Es standen dazu Laufbänder, Liegeräder und Ellipsentrainer zur Verfügung. Teilnehmende wurden ermutigt, weitere zwei bis vier 30-minütige Trainingseinheiten in ihrer eigenen Umgebung durchzuführen. Diese wurden in Trainingstagebüchern protokolliert. Der Besuch der AE-Treffen und das Überlassen der Trainingstagebücher bei Behandlungsende wurde mit je 5 Dollar incentiviert. Die HEC-Bedingung umfasste 12 wöchentliche Gruppenschulungen, die sich auf rauchrelevante Gesundheitsthemen

(z.B. Herzkrankheiten, Ernährung, Schlaf) bezogen. Die Teilnehmenden wurden dabei aber nicht ermutigt, ihr Verhalten zu ändern oder ihre körperliche Aktivität zu intensivieren.

Die Tabakentwöhnungsbehandlung bestand aus je vier telefonischen Beratungen vor und nach dem Ausstiegstermin; allen Teilnehmenden wurde das 24-Stunden-Nikotinpflaster für acht Wochen zur Verfügung gestellt. Primäres Ergebnis war die sieben-tägige Punktprävalenz-Abstinenz, biochemisch per CO-Messung (≤ 6 ppm) verifiziert; nach sechs und 12 Monaten wurde zusätzlich eine Cotininbestimmung vorgenommen. Als sekundäre Outcomes wurden die depressiven Symptome mit dem CES-D gemessen und die körperliche Aktivität objektiv mittels Accelerometrie und subjektiv mit dem International Physical Activity Fragebogen zur körperlichen Aktivität (IPAQ-SF) erfasst. Dazu trugen die Teilnehmenden für sieben Tage nach jedem Messzeitpunkt einen gängigen Accelerometer.

■ Ergebnisse

Das Durchschnittsalter lag bei 45 Jahren; 30 % waren männlich, etwas mehr als die Hälfte (54,1 %) hatte eine Lebenszeit-Diagnose einer schweren depressiven Störung (MDD). Im Durchschnitt rauchten sie 20,5 Zigaretten/Tag und hatten einen FTCD-Mittelwert von 5,35 (SD = 2,05). Durchschnittlich absolvierten die Teilnehmenden acht der 12 Treffen. 53 % der AE-Teilnehmenden stellten ihre Trainingstagebücher zur Auswertung zur Verfügung. Die Bewegungsprotokolle zeigten eine durchschnittliche Trainingsdauer von knapp 100 Minuten pro Woche (SD = 68,4). Vier von fünf Teilnehmenden nutzen in Woche 5 (Tag des Rauchstopps) das Nikotin-pflaster (durchschnittliche Nutzungsdauer 38 Tage). Dabei gab es keinen Unterschied zwischen den Bedingungen.

Zwischen den beiden Bedingungen wurden keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Abstinenz ermittelt. Bereinigt um Kovariaten lag der geschätzte Effekt bei $OR = 0,78$ (KI: $0,32-1,94$; $p = 0,60$). Die Wahrscheinlichkeit einer verifizierten Rauchabstinenz war sowohl nach sechs ($OR = 0,33$, $p = 0,004$) als auch nach 12 Monaten niedriger ($OR = 0,39$, $p = 0,02$) als nach drei Monaten. Die siebentägige Punktprävalenz-Abstinenz nach 12 Monaten betrug $12,6\%$ (AE) bzw. $14,3\%$ (HEC).

Es konnte weder ein Effekt der Intervention auf die CES-D-Werte, die vom Beschleunigungsmesser abgeleitete körperliche Aktivität, durchschnittliche Schritte/Tag zwischen den verschiedenen Nachbefragungen gefunden werden noch ein Effekt der Behandlungsbedingung auf die genannten sekundären Outcomes.

■ Diskussion

Die Hypothese, dass AE die Chancen für einen erfolgreichen Rauchstopp bei erwachsenen Rauchenden mit Depressionen verbessern, konnte nicht bestätigt werden: Gruppenunterschiede wurden weder bei diesem primären noch bei den sekundären (depressive Symptome, objektive und selbstberichtete körperliche Aktivität) Outcomes beobachtet. Die hier berichteten Abstinenzraten waren niedriger als in früheren Studien, was aber auch auf die strenge biochemische Überprüfung zurückzuführen sein könnte. Es ist angesichts der niedrigen Abstinenzraten nicht davon auszugehen, dass Deckeneffekte eine höhere Wirksamkeit der AE-Bedingung verhindert haben. Dass AE auch nicht zu einer erhöhten körperlichen Aktivität bei Ende der Intervention führte, könnte darauf hindeuten, dass ein umfassenderes oder intensiveres AE-Programm erforderlich sein könnte. Die Bewegungsprotokolle zeigten, dass Teilnehmende zu Hause nicht das empfohlene

Maß an körperlicher Aktivität ausübten. Hier könnten Aktivitätsmonitore wie Fitbit-Geräte hilfreich sein, um Bewegung zu fördern und die Zielerreichung zu erleichtern.

Eine weitere mögliche Erklärung für die insgesamt schwachen Ergebnisse könnte in der unzureichenden Intensität der Trainingseinheiten liegen: Übungen mit mittlerer Intensität sind zwar mit einer besseren Adhärenz verbunden, aber eine hohe Intensität könnte zu größeren neurochemischen Effekten der körperlichen Aktivität führen, so dass sich die psychische Befindlichkeit bessert, was sich auch auf die Abstinenzchancen auswirken könnte.

Cytisinicline for vaping cessation in adults using nicotine e-cigarettes: The ORCA-V1 Randomized Clinical Trial

Rigotti NA, Benowitz NL, Prochaska JJ, Cain DF, Ball J, Clarke A, Blumenstein BA & Jacobs C (2024) *JAMA Intern Med*: e241313, DOI: 10.1001/jamainternmed.2024.1313

■ Hintergrund

Die Prävalenz des E-Zigarettenkonsums unter US-Erwachsenen, insbesondere unter jungen Erwachsenen, nimmt zu. Viele wollen mit dem Konsum wieder aufhören, sind dazu aber nicht in der Lage. Cytisin (oder Cytisiniclin), Hauptalkaloid des Goldregens, ist ein selektiver partieller Nikotinrezeptoragonist am nikotiner-gen $\alpha 4-\beta 2$ Acetylcholinrezeptor (ähnlich wie Vareniclin). Möglicherweise könnte Cytisin auch E-Zigaretten-Konsumierenden helfen, mit dem Dampfen aufzuhören. Ziel dieser Arbeit war die Bestimmung der Wirksamkeit und Sicherheit von Cytisin im Vergleich zu Placebo bezüglich der Abstinenz vom E-Zigarettenkonsum bei Erwachsenen, die mit dem Dampfen aufhören wollten und

zusätzlich Verhaltensunterstützung erhielten. Aktuell Zigarettenrauchende, also dual Konsumierende, wurden nicht in die Studie aufgenommen.

■ Methode

Die Phase-2-Studie wurde an fünf US-Standorten durchgeführt. Erwachsene ab 18 Jahren waren teilnahmeberechtigt, wenn sie den aktuellen täglichen Gebrauch einer nikotin-haltigen E-Zigarette angaben, einen positiven (≥ 30 ng/ml) Speichel-Cotinin-Test hatten, mit dem Dampfen aufhören wollten und bereit waren, innerhalb von 14 Tagen nach Beginn der Behandlung mit dem Studienmedikament einen Termin zum Aufhören festzulegen sowie an einer Verhaltensunterstützung zur Tabakentwöhnung teilzunehmen.

Die Studienmedikation bestand aus gleich aussehenden Tabletten mit 3 mg Cytisin oder Placebo, die dreimal täglich über 12 Wochen oral eingenommen wurden. Dieses Dosierungsschema wurde in einer früheren Studie getestet und hat sich als gleichermaßen

wirksam erwiesen wie das klassische, auch in Deutschland empfohlene Dosierungsschema. Die Teilnehmenden wurden nach Beendigung der Behandlung noch weitere vier Wochen nachbeobachtet. Bei jeder der 13 Studienvisiten boten geschulte Beratungspersonen allen Teilnehmenden eine Kurzintervention an (insgesamt ≤ 130 Minuten). Der primäre Endpunkt war die durch Cotinin verifizierte kontinuierliche E-Zigaretten-Abstinenz während der letzten vier Wochen der Behandlung, definiert als selbstberichtete Abstinenz plus einem Speichel-Cotinin-Spiegel von weniger als 10 ng/ml. Teilnehmende, die diese Kriterien nicht erfüllten oder bei denen Daten fehlten, wurden als nicht abstinent gewertet. Die sekundären Outcomes waren die Cotinin-verifizierte, kontinuierliche Abstinenz zu verschiedenen Messzeitpunkten und der Cotinin-Spiegel als Maß für die Nikotinaufnahme in den Wochen 2 bis 12.

■ Ergebnisse

Von 231 untersuchten Personen wurden 160 als geeignet befunden und auf Cytisin (N = 107) oder Placebo (N = 53) randomisiert. Die Nachuntersuchungen bei Studienende (Woche 16) wurden von 131 Teilnehmenden (82 %) abgeschlossen, 89 (83,2 %) in der Cytisin-Gruppe und 42 (79,2 %) in der Placebo-Gruppe. Die Einnahmequote der Studienmedikation war hoch: 77 (72,7 %) und 35 (66,0 %) der Teilnehmenden in der Cytisin- bzw. Placebogruppe nahmen 90 % oder mehr der Studienmedikation ein. Von den 13 vorgesehenen Kurzinterventionen wurden durchschnittlich 11,9 in der Cytisin-Gruppe und 11,4 in der Placebo-Gruppe in Anspruch genommen. Die relevanten Ausgangsmerkmale waren in den Studiengruppen ähnlich (Alter, Geschlecht, Rauchanamnese, CO-Wert). Die Teilnehmenden in der Cytisin-Gruppe erzielten häufiger eine biochemisch bestätigte kontinuierliche Abstinenz am Ende der Behandlung (OR = 2,64;

Impressum

Dieser Newsletter erscheint viermal jährlich.

Herausgeber:
Deutsches Krebsforschungszentrum
in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

Im Neuenheimer Feld 280
D-69120 Heidelberg
Tel.: +49 (0) 6221 42 30 10
Fax: +49 (0) 6221 42 30 20
E-Mail: who-cc@dkfz.de
Internet: www.tabakkontrolle.de

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Katrin Schaller

Redaktion:
Dr. Katrin Schaller, Dipl.-Psych. Peter Lindinger,
Prof. Dr. Anil Batra

KI: 1,06–7,10; $p=0,04$; primäres Outcome) und auch vier Wochen nach der Behandlung (23,4%) im Vergleich zur Placebogruppe (13,2%; OR=2,00, KI: 0,82–5,32; $p=0,15$). Die verifizierte 7-Tage-Punktprävalenzabstinenz war in der Cytisin-Gruppe durchgängig höher als in der Placebogruppe.

Bei zwölf Teilnehmenden (7,5%) wurden Anzeichen für Tabakzigarettenkonsum während der letzten vier Wochen der Behandlung gefunden; hier gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den bei-den Gruppen. Mehrheitlich handelte es sich dabei um ehemalg Rauchende.

Insgesamt waren die von den Teilnehmenden gemeldeten unerwünschten Nebenwirkungen zwischen den Gruppen ähnlich; schwerwiegende unerwünschte Ereignisse wurden nicht gemeldet. Die häufigsten (> 5%) unerwünschten Ereignisse in der Cytisin-Gruppe waren abnorme Träume, Schlaflosigkeit, Angstzustände, Kopfschmerzen, Müdigkeit und Infektionen der oberen Atemwege. Übelkeit trat bei lediglich fünf Teilnehmenden der Cytisin-Bedingung auf im Vergleich zu sechs in der Placebogruppe.

■ Diskussion

Eine Behandlung mit Cytisin erhöhte die Wahrscheinlichkeit für biochemisch bestätigte

kontinuierliche E-Zigarettenabstinenz am Ende der Behandlung um mehr als das Doppelte. Es gab keine Hinweise darauf, dass diese Wirkung durch Alter, Geschlecht, Zigarettenkonsum in der Anamnese oder E-Zigaretten-Abhängigkeit maßgeblich beeinflusst wurde. Cytisin wurde insgesamt gut vertragen; schwerwiegende unerwünschte Nebenwirkungen gab es keine.

Auch die sekundären Studienergebnisse sprechen für einen Gesamtnutzen von Cytisin gegenüber Placebo: Mit Cytisin behandelte Teilnehmende waren während des gesamten Behandlungszeitraums häufiger abstinent geblieben, auch noch vier Wochen nach Behandlungsende. Die Unterschiede bei den sekundären Endpunkten waren allerdings nicht signifikant, was teilweise durch die geringe Stichprobengröße bedingt war.

Diese insgesamt vielversprechenden Ergebnisse sollten an einer größeren Stichprobe mit längerem Nachbeobachtungszeit überprüft werden. Der Versuch, mit dem Dampfen aufzuhören, könnte bei ehemalg Tabakkonsumierenden das Rückfallrisiko für Tabakkonsum oder „dual use“ erhöhen. Cytisin könnte diese Rückfallgefahr verringern und deshalb für Personen, die mit dem Dampfen aufhören wollen, eine zusätzliche Behandlungsoption darstellen und die bestehende Lücke in der pharmakologischen Behandlung schließen.