



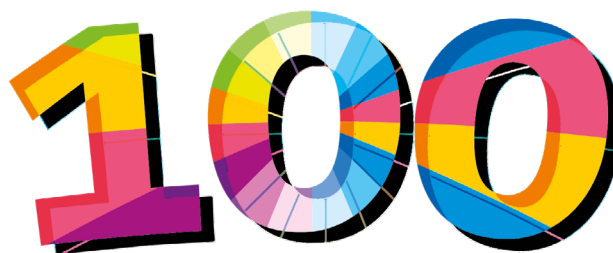
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg
in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

Editorial

Im Januar 2005 wurde die erste Ausgabe dieses Newsletters publiziert, und die aktuelle Ausgabe ist die Jubiläumsausgabe Nummer 100. Im Editorial der Erstausgabe wurde als erklärtes Ziel des Newsletters benannt, „Tabakentwöhnung in Praxis, Klinik und Beratungsstellen leichter zu machen und Kollegen bei der täglichen Arbeit in der Tabakentwöhnung zu unterstützen“. Im Mittelpunkt der ersten Ausgabe standen die Empfehlungen für Kurzberatungen und medikamentöse Therapien der ersten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Zudem wurden die Ergebnisse einer „Interventionsstudie zur Raucherentwöhnung in der hausärztlichen Praxis (IRIS)“ vorgestellt, in der Möglichkeiten zur Stärkung der Tabakentwöhnung in der hausärztlichen Praxis durch verbesserte Rahmenbedingungen wie spezifische Weiterbildung oder Kostenerstattung für wirksame Medikation untersucht wurde. Nach sechs Monaten wurden deutliche Unterschiede bei den Rekrutierungszahlen gefunden: Ärztinnen und Ärzte (ÄuA), die eine spezifische Schulung zur Tabakentwöhnung erhalten hatten, konnten deutlich mehr Teilnehmende gewinnen als diejenigen in der Kontrollgruppe ohne Schulung. Auch der Behandlungserfolg nach sechs

Inhalt

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	3
Neue Publikationen	4



Monaten war nahezu dreimal größer, wenn Rauchende von ÄuÄ behandelt wurden, die sich in der Interventionsgruppe „Training und kostenfreie Medikamente“ befunden hatten (Abstinenzquote 16 % vs. 6 %, OR = 2,96, KI: 1,52–5,75).

Auch wenn seitdem viele Fortschritte erzielt wurden, sind die aktuellen Themen nahezu dieselben wie die vor 20 Jahren – Behandlungsleitlinien und Kostenerstattung für wirksame Therapien. Bis Weihnachten dieses Jahres sollte die Überarbeitung der S3-Leitlinie abgeschlossen sein, und nach der Konsentierung durch die beteiligten Fachgesellschaften Anfang 2026 publiziert werden. Über deren Neuerungen werden wir dann in den nächsten Ausgaben berichten.

Der im Editorial der letzten Ausgabe zitierte Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zum neuen Leistungsanspruch auf Arzneimittel zur Tabakentwöhnung ist Ende August in Kraft getreten. Danach können

gesetzlich Versicherte, die unter einer schweren Tabakabhängigkeit leiden und an einem evidenzbasierten Programm zur Tabakentwöhnung teilnehmen, Präparate mit den Wirkstoffen Nikotin und Vareniclin verordnet bekommen. Während im Beschluss des G-BA noch die Ansicht vertreten wurde, dass für die Wirkstoffe Bupropion und Cytisin nicht die erforderlichen Daten vorgelegt wurden, um deren Nutzen speziell bei schwerer Tabakabhängigkeit beurteilen zu können, hat die Weltgesundheitsorganisation WHO Cytisin in die Liste der unentbehrlichen Arzneimittel aufgenommen, um die Tabakabhängigkeit zu bekämpfen. Im Bericht des 25. WHO-Expertenausschusses für die Auswahl und Anwendung unentbehrlicher Arzneimittel finden sich die folgenden Aussagen zu Cytisin:

Der Sachverständigenausschuss empfahl die Aufnahme von Cytisin in die EML (Essential Medicines List) als Hilfsmittel zur Tabakentwöhnung auf der Grundlage eines günstigen Nutzen-Schaden-Verhältnisses in einem Bereich, in dem ein großer Bedarf für die öffentliche Gesundheit besteht. Der Ausschuss vertrat die Auffassung, dass die Verfügbarkeit unterschiedlicher Behandlungsangebote für Tabakabhängigkeit dazu dient, Patientinnen und Patienten (PuP) und ÄuÄ wertvolle Optionen und Wahlmöglichkeiten zu bieten, den Wettbewerb auf dem Markt zu erleichtern, die Kosten zu senken und den Zugang zu wirksamen Behandlungen für die nationalen Gesundheitssysteme zu verbessern.

Hierzulande ergibt sich aus der unterschiedlichen Bewertung von Nikotinersatzpräparaten und Vareniclin auf der einen (erstattungsfähig) und Cytisin und Bupropion auf der anderen Seite (nicht

erstattungsfähig) für die verschreibenden ÄuÄ das Dilemma, wie sie mit Wünschen und Anfragen von PuP nach Cytisin und Bupropion umgehen sollen.

Unklar ist derzeit auch noch, wie PuP und ÄuÄ bei der Suche nach den geforderten evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung am besten vorgehen. Zwar sind die allgemeinen Kriterien für zertifizierte Gruppen- und digitale Programme benannt, aber wie PuP konkret zu zeit- und ortsnahe Gruppenangeboten gelangen, können derzeit auch die gesetzlichen Krankenkassen nicht fundiert beantworten. Inwieweit die zertifizierten Kursleiterinnen und Kursleiter auf die wahrscheinlich deutlich steigende Nachfrage vorbereitet sind und entsprechende Kapazitäten bereitstellen können, wird sich ebenfalls erst in der nahen Zukunft zeigen. Telefonberatung als zusätzliche Unterstützung wird in dem G-BA-Beschluss nicht genannt, obwohl dazu konsistente Wirksamkeitsnachweise vorliegen und sie für PuP kostenlos, einfach erreichbar und täglich verfügbar wäre.

Um die Förderung des Nichtrauchens und den Nutzen eines Rauchstopps ging es auch im Rahmen der Nationalen Krebspräventionswoche, die Anfang September vom Deutschen Krebsforschungszentrum gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe und

der Deutschen Krebsgesellschaft veranstaltet wurde. Zu diesem Anlass wurde der Tabakatlas 2025 veröffentlicht, in dem umfangreiche Daten und Fakten rund um das Thema Rauchen und Tabakprävention anschaulich zusammengestellt sind. Auf der Webseite krebspraeventionswoche.de kann der Tabakatlas kostenlos heruntergeladen werden.



In dieser 100. Ausgabe unseres Newsletters werden drei neue Publikationen besprochen. Zunächst präsentieren wir Ergebnisse einer Studie, die die Wirksamkeit von Cytisin bei PuP mit und ohne COPD untersuchte. In der zweiten Studie wurde der Frage nachgegangen, inwieweit die zeitliche Intensität von Beratung bzw. Verhaltenstherapie die Wirksamkeit von medikamentösen Behandlungsmaßnahmen beeinflusst und ob es diesbezüglich einen Schwellenwert oder optimalen Wert für die Dauer der Beratung gibt. Schließlich werden in dem dritten besprochenen

Review Interventionen zur Förderung des Rauchstopps und zur Verringerung der Passivrauch-Exposition in einkommensschwachen Haushalten mit rauchenden Eltern und deren Kindern zusammengetragen.

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

Ihr Redaktionsteam

Ute Mons, 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, 20.–24.10.2025; München, 10.–14.11.2025. Termin verkürzte Schulung: München, 12.–14.11.2025. Infos unter <https://rauchfrei-programm.de/schulungstermine>; Anmeldung bei brown@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: 26.–27.3.2026 im Rahmen der Tübinger Suchttherapietage. 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/Tagungen

■ National

6. Tabakfachtagung

17. bis 18. Oktober 2025 in München. Infos und Anmeldung unter <https://rauchfrei-programm.de/schulungstermine>

23. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle

3. bis 4. Dezember 2025 in Heidelberg. Programm und Anmeldung unter <https://indico.dkfz.de/event/1180>

27. Frühjahrs-Tagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. in Kooperation mit der Sektion Suchtforschung Universitätsklinikum Tübingen

18. März 2026 von 13 bis 17 Uhr in Frankfurt

■ International

3. SRNT-Konferenz

4. bis 7. März 2026 in Baltimore, USA. Updates unter <https://srnt.org>



Neue Publikationen

Cytisinicline for smoking cessation in individuals with self-reported COPD: A post hoc analysis of the ORCA-2 and ORCA-3 trials

Prochaska J, Rubinstein M, Perdok R, Blumenstein B & Jacobs C (2025) Thorax, DOI: 10.1136/thorax-2025-223880

■ Hintergrund

PuP mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) weisen oft einen länger andauernden Tabakkonsum, höhere Tabakabhängigkeit und psychische Komorbidität wie Depressionen auf, was es für sie insgesamt schwerer macht, mit dem Rauchen aufzuhören. Es besteht ein dringender Bedarf an verträglicheren, wirksameren Behandlungsangeboten, die auf die Bedarfe von Hochrisikogruppen wie COPD-Patienten zugeschnitten sind. In dem hier referierten Papier wurden Post-hoc-Analysen zweier ORCA-Studien (Ongoing Research of Cytisine for Addiction) durchgeführt, um die Wirksamkeit von Cytisin bei Teilnehmenden mit selbstberichteter COPD

zu bewerten, wobei sowohl die Vorteile des Rauchstopps als auch die besonderen Hindernisse für die Beendigung des Rauchstopps in dieser Population berücksichtigt wurden. Diese Analyse kombinierter Daten aus den klinischen Phase-3-Studien ORCA-2 und ORCA-3 versuchte, die Ergebnisse der Tabakentwöhnung und unerwünschte Ereignisse zwischen Teilnehmenden mit und ohne selbstberichtete COPD-Diagnose zu vergleichen

■ Methode

Sowohl ORCA-2 als auch ORCA-3 waren doppelblinde, randomisierte, placebo-kontrollierte klinische Studien an mehreren Standorten in den USA, in denen die Wirksamkeit und Sicherheit von Cytisin zur Tabakentwöhnung unter Verwendung des Dosierungsschemas von 3 mg dreimal täglich (also ein von dem in Deutschland üblichen abweichendes Dosierungsschema) für 6 oder 12 Wochen getestet wurde. Beide Studien wurden von institutionellen Prüfungsgremien genehmigt und mit Erwachsenen ≥ 18 Jahren durchgeführt, die ≥ 10 Zigaretten pro Tag

rauchten, ≥ 10 ppm Kohlenmonoxid (CO) in der Ausatemluft aufwiesen und einen Stopptag benennen konnten.

Die Teilnehmenden erhielten zusätzlich bis zu 14 kurze, etwa 10-minütige Beratungen zur Verhaltensänderung durch geschulte Beratungspersonen, beginnend vor der medikamentösen Behandlung und bis zur 12. Woche, mit zusätzlichen Folgekontakten in den Wochen 16, 20 und 24. Nach der Randomisierung wurden die Teilnehmenden während der Behandlung (Wochen 1–12) und bei den Nachsorgebesuchen in den Wochen 16, 20 und 24 bei wöchentlichen persönlichen Visiten untersucht. Der Rauchstatus wurde bei den Visiten mit Atem-CO überprüft; als Abstinenznachweis galt die selbstberichtete Abstinenz seit dem vorherigen Besuch und ein CO-Wert < 10 ppm. Teilnehmende, die diese Kriterien nicht erfüllten oder deren Daten fehlten, wurden als rauchend eingestuft.

Die primären Endpunkte waren die biochemisch verifizierte kontinuierliche Rauchabstinenz, jeweils in den letzten vier Behandlungswochen (Woche 3–6 für die 6-wöchige Behandlung und Woche 9–12 für die 12-wöchige Behandlung).

■ Ergebnisse

Von 1602 Teilnehmenden in der kombinierten Stichprobe beider Studien (Durchschnittsalter 52,2 Jahre, SD = 11,7) waren 881 (55 %) weiblichen Geschlechts. Teilnehmende wurden auf drei Arme randomisiert: Placebo, sechs Wochen Cytisin bzw. 12 Wochen Cytisin. Insgesamt 145 Teilnehmende gaben eine COPD-Diagnose an, 47 im Placebo-Arm, 51 im sechs-Wochen-Arm und 47 im 12-Wochen-Arm. Teilnehmende mit COPD waren im Vergleich zu Teilnehmenden ohne COPD im Durchschnitt älter (61,5 vs. 51,3 Jahre, $p < 0,0001$),

hatten eine längere Rauchkarriere (46,8 vs. 34,7 Jahre, $p > 0,0001$), waren stärker abhängig (FTND; 6,1 vs 5,6, $p = 0,002$) und hatten höhere Depressions-Werte (HADS-Depression Subskala 2,6 vs 2,0, $p < 0,001$). COPD-Teilnehmende berichteten auch über eine größere Anzahl früherer Aufhörversuche und hatten dabei häufiger medikamentöse Therapien (Vareniclin und Bupropion) erhalten. Bezüglich der Anwendung von Nikotinersatztherapie gab es keine auffälligen Unterschiede (21 % gegenüber 28 %, $p = 0,10$).

Der primäre Endpunkt, eine biochemisch bestätigte Abstinenz am Ende der Behandlung, zeigte eine signifikante Überlegenheit der beiden Cytisin-Arme im Vergleich zum Placebo-Arm: Unter den Teilnehmenden mit COPD waren in der 6. Woche 17,3 % der Cytisin-Gruppe abstinent gegenüber 2,1 % der Teilnehmenden des Placebo-Arms (Effektschätzer OR = 9,7, KI: 1,2–75,0, $p = 0,03$). Die entsprechenden Zahlen für Teilnehmende ohne COPD lagen bei 19,3 % für den Cytisin-Arm versus 5,5 % der Teilnehmenden im Placebo-Arm (OR = 4,1, KI: 2,7–6,2, $p < 0,0001$).

Unter den COPD-Patienten, die 12-Wochen lang Cytisin erhalten hatten, lag der Anteil der abstinenten Teilnehmenden bei 19,1 % gegenüber 4,3 % der Teilnehmenden in der Placebogruppe (OR = 5,3, KI: 1,1–26,2, $p = 0,04$). Für Teilnehmende ohne COPD lagen die entsprechenden Abstinenzquoten bei 32,6 % (Cytisin) versus 8,6 % (Placebo; OR = 5,2, KI: 3,6–7,5, $p < 0,0001$). Der COPD-Status moderierte die Behandlungswirkung von Cytisin nicht; die Interaktions-p-Werte betrugen 0,422 für den 6-wöchigen bzw. 0,969 für den 12-wöchigen Vergleich. Ein multivariates Modell, adjustiert nach FTND, Rauchdauer, Anzahl bisheriger Aufhörversuche und Depressionswerten, erbrachte keine veränderten Haupt- oder Interaktionseffekte.

Die Wirkung von Cytisin hing also nicht signifikant mit dem COPD-Status zusammen. Für keine der getesteten Kovariaten wurde ein signifikanter Moderatoreffekt ermittelt.

An Nebenwirkungen wurden am häufigsten Schlaflosigkeit und Kopfschmerz berichtet, wobei in allen Studienarmen ähnliche Auftretenshäufigkeiten beobachtet wurden.

■ Diskussion

In dieser post hoc-Analyse zeigte der Wirkstoff Cytisin bei Teilnehmenden mit und ohne COPD – wie zu erwarten war – bessere Abstinenzfolge als Placebo. Es wurden keine nennenswerten Unterschiede in der Wirksamkeit der Behandlung oder Sicherheit von Cytisin für Teilnehmende mit oder ohne COPD beobachtet. Die Effektschätzer für kontinuierliche Abstinenz in den letzten Wochen der 12-wöchigen Behandlung lag bei den Teilnehmenden mit COPD bei 5,3, bei denjenigen ohne COPD bei 5,2, was die schwachen Ergebnisse einer bloßen Placebo-Behandlung widerspiegelt. Die Abstinenzquoten waren bei einer sechswöchigen und 12-wöchigen Anwendung ähnlich hoch, was darauf hindeutet, dass Rauchende mit COPD eine fortgesetzte Behandlung mit Cytisin über sechs Wochen hinaus möglicherweise nicht erforderlich ist. Dass die Teilnehmenden mit COPD älter waren, eine längere Rauchkarriere, eine stärkere Abhängigkeit und ein höheres Maß an Depressionen aufwiesen im Vergleich zu den Teilnehmenden ohne COPD, ist nicht überraschend.

Trotz des Hinweises auf häufigere fehlgeschlagene Ausstiegsversuche in der Vergangenheit waren die Behandlungseffekte von Cytisin zwischen den Gruppen vergleichbar. Zwar hatten alle Teilnehmenden eher intensive Verhaltensunterstützung erhalten, aber dennoch waren die Erfolgchancen für Teilnehmende mit COPD

in der Placebogruppe bemerkenswert niedrig (< 5 %). Dies unterstreicht die Notwendigkeit der Verwendung von aktiven Medikamenten bei der Behandlung von Rauchenden mit COPD. Cytisin wurde in den beiden Studien mit über 1 600 Teilnehmenden von Patienten mit und ohne COPD ohne schwerwiegende behandlungsbedingte Nebenwirkungen gut vertragen.

Characterization of cognitive-behavioral counseling duration thresholds for effective tobacco treatment

Minnix JA, Kyriotakis G, Blalock JA, Green CE, Karam-Hage M, Robinson JD & Cinciripini PM (2025) Nicotine Tob Res, DOI: 10.1093/ntr/ntaf159

■ Hintergrund

Es besteht nach wie vor ein gewisses Maß an Unsicherheit hinsichtlich der optimalen Intensität von Beratung und Verhaltenstherapie zusätzlich zu einer Pharmakotherapie. In den Leitlinien für die klinische Praxis wird im Allgemeinen formuliert, dass intensivere Interventionen wahrscheinlich zu höheren Abstinenzquoten führen als weniger intensive Interventionen. Dabei gibt es Hinweise, dass sowohl die jeweilige Sitzungsdauer, die Anzahl der Sitzungen und die Gesamtkontaktzeit Einfluss auf die Abstinenzwahrscheinlichkeit haben, also für alle drei Maße eine Dosis-Wirkungs-Beziehung bestehen könnte. Ziel dieser Studie war es, die Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Dauer der kognitiven Verhaltenstherapie und der Abstinenz bei Personen zu ermitteln, die an zwei randomisierten kontrollierten Studien (RCT) zur Tabakentwöhnung teilgenommen hatten.

■ Methode

Es handelt es sich um eine Sekundäranalyse von Teilnehmenden, die an doppelblinden

RCTs zur Tabakentwöhnung teilgenommen hatten, bei denen eine 12-wöchige Pharmakotherapie (Placebo; N = 142; Vareniclin; N = 257) in Kombination mit einer verhaltenstherapeutischen Unterstützung zum Einsatz kam. Die Teilnehmenden waren zu 41 % weiblich und rauchten im Median 20 Zigaretten pro Tag. Die Sieben-Tage-Punktprävalenz (7-Tage PP) und die anhaltende Abstinenz wurden am Ende der Behandlung und bei der sechsmonatigen Nachbeobachtung berechnet.

Pharmakotherapie: In Studie 1 nahmen die in diese Analyse eingeschlossenen Teilnehmenden zweimal täglich folgende Studienmedikation ein: Placebo-Bupropion-Tabletten und entweder aktive oder entsprechende Placebo-Vareniclin-Tabletten. Teilnehmende in Studie 2 erhielten Placebo-Vareniclin-Tabletten plus Placebo-Bupropion-Tabletten oder aktive Vareniclin-Tabletten plus Placebo-Bupropion-Tabletten. In beiden Studien wurde die Pharmakotherapie am Tag nach dem ersten Behandlungsbesuch begonnen und folgte der empfohlenen Dosierung für Vareniclin für insgesamt 12 Wochen (d.h. 0,5 mg/Tag für die Tage 1 bis 3, 2mal 0,5 mg pro Tag für die Tage 4 bis 7 und 2mal 1 mg pro Tag danach). Dosisanpassungen durch den verblindeten Studienarzt waren bei Bedarf zulässig, um unerwünschte Ereignisse während der gesamten Studie zu kontrollieren. Die Einhaltung der Medikation wurde anhand der Anzahl der Pillen in den zurückgegebenen Flaschen bei jedem Besuch berechnet.

Kognitive Verhaltenstherapie: In Studie 1 erhielten die Teilnehmenden eine individuelle kognitiv-verhaltenstherapeutische Beratung zur Tabakentwöhnung, die über sechs persönliche Kontakte à 30 Minuten durchgeführt wurde und während der 12-wöchigen aktiven Behandlungsphase durch vier telefonische Kontakte à je 15 Minuten ergänzt wurde (entspricht einer maximal vorgesehenen

Beratungszeit von 240 Minuten). In Studie 2 erhielten die Teilnehmenden während der 12-wöchigen aktiven Behandlungsphase eine individuelle kognitiv-verhaltensbezogene Beratung über 13 persönliche Kontakte (je 15 Minuten) und zwei kurze unterstützende telefonische Beratungen (je 10 Minuten), was einer maximal vorgesehenen Beratungszeit von 215 Minuten entspricht.

Die Beratung in beiden Studien basierte auf dem gleichen Handbuch und beinhaltete die Vermittlung aktiver Strategien zur Vorbereitung des Rauchstopps und die Aufrechterhaltung der Abstinenz durch Selbstbeobachtung, Identifizierung von Hochrisikosituationen für das Rauchen, die Entwicklung von Bewältigungsfähigkeiten und sozialer Unterstützung. Weitere Themen waren Stressbewältigung, Entspannungstraining, Rückfallprävention durch Umgang mit Entzugssymptomen und Einhaltung der Medikation. Bei Bedarf setzten die Beratungspersonen auch Strategien zur Motivationssteigerung ein, die auf Techniken der motivierenden Gesprächsführung basierten. Alle Beraterinnen und Berater besaßen einen Master-Abschluss, hatten eine Ausbildung als „tobacco treatment specialist“ absolviert und nahmen an einer zweiwöchentlichen Supervision teil.

Der Rauchstatus wurden bei allen Kontakten erhoben und biochemisch verifiziert. Die Sieben-Tage-Punktprävalenz (7-Tage PP) wurde definiert als Selbstauskunft, in den sieben Tagen vor dem jeweiligen Zeitpunkt (Behandlungsende End of Treatment, EOT und sechs Monate nach dem Aufhördatum) nicht geraucht zu haben. Anhaltende Abstinenz wurde definiert als Nichtrauchen ab dem Aufhördatum bis zu einem zukünftigen Zeitpunkt, wobei ein Rückfall definiert wurde als Rauchen an sieben oder mehr aufeinanderfolgenden Tagen oder das Rauchen von mindestens einer

Zigarette über zwei aufeinanderfolgende Wochen. Teilnehmende, die für die Messung des Rauchstatus nicht zur Verfügung standen, wurden als nicht abstinent angesehen. Es wurden folglich vier Erfolgsmaße erhoben: 7-Tage PP bei EOT und nach sechs Monaten sowie anhaltende Abstinenz bei EOT und nach sechs Monaten.

■ Ergebnisse

Von 399 Fällen lagen verwertbare Daten vor. Das mediane Alter der Teilnehmenden betrug 48 Jahre, und im Schnitt rauchten die Teilnehmenden 28 Jahre lang durchschnittlich 20 Zigaretten pro Tag (CPD). Teilnehmende der Vareniclin-Gruppe hatten bei allen Vergleichen (7-Tage-PP bei Behandlungsende, 7-Tage-PP nach sechs Monaten, anhaltende Abstinenz nach sechs Monaten) signifikant häufiger Abstinenz erreicht (zum Beispiel anhaltende Abstinenz nach sechs Monaten 28 % vs. 14 % unter Placebo). Es wurden keine signifikanten Unterschiede für die Dauer der Beratung zwischen den Medikationsgruppen festgestellt, auch wenn in Studie 2 eine größere Variabilität festgestellt wurde. Darüber hinaus zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Beratungsdauer zwischen den beiden Studien, auch wenn sich die insgesamt geplante Kontaktzeit zwischen den Studien leicht unterschied. Aus diesem Grund wurden die beiden Studien zusammengefasst und die Dosis-Wirkungs-Beziehung in der Gesamtstichprobe sowie nach Medikation untersucht.

Zunächst wurden die Auswirkungen der Beratungsdauer auf alle Abstinenzergebnisse durch logistische Regressionsanalysen, adjustiert für Medikation und Studie untersucht. Eine Verlängerung der Beratung um eine Minute führte zu einer Veränderung der Odds Ratio für 7-Tage-PP-Abstinenz bei Behandlungsende (EOT) um 3 % (OR = 1,03,

95 % CI: 1,02–1,04, $p < 0,001$). Übersetzt man dies in 10-Minuten-Beratungsschritte, was für die Praxis aussagekräftiger erscheint, stieg das Odds Ratio für Abstinenz um 40 % pro 10-minütiger Steigerung der Beratung.

Alle Abstinenzergebnisse zeigten sogenannte sigmoidale (s-förmige) Beziehungen mit der Dauer der Beratung. Sigmoidale Verläufe sind durch drei Phasen gekennzeichnet: einer Niedrigdosisphase mit minimaler Reaktion, einer proportionalen Reaktionsphase und einer Plateauphase, in der eine Erhöhung der Dosis die Wirkung nicht mehr verstärkt. Die mediane effektive Dauer reichte von 152 bis 158 Minuten und war für alle vier Abstinenzkurven in der Gesamtstichprobe sehr ähnlich. Allerdings waren die sigmoidalen Kurven zwischen Placebo und Vareniclin signifikant unterschiedlich (z.B. 7-Tage PP bei EOT: $F = 14,68$, $p < 0,01$). Die Differenz zwischen der maximalen Wirksamkeit der beiden Gruppen betrug 0,34 (p -Wert $< 0,01$) für die 7-Tage-PP-Abstinenz bei EOT, was auf etwa 35 % höhere Abstinenzquoten bei maximaler Wirksamkeit der Beratung für diejenigen in der Vareniclin-Gruppe im Vergleich zu denen in der Placebogruppe hinweist.

Das Intervall (10–90 %), in dem das Ansprechen am stärksten auf Veränderungen der Beratungsdauer reagiert (80 % des Effekts auf die Abstinenz wird in diesem Intervall der Beratungsdauer beobachtet), lag bei 116–181 Minuten für 7-Tage PP-Abstinenz bei EOT, 118–191 Minuten für 7-Tage PP nach sechs Monaten, 132–172 Minuten für anhaltende Abstinenz bei EOT und schließlich 139–178 Minuten für anhaltende Abstinenz nach sechs Monaten. Zusätzlich wurde die Beratungsdauer berechnet, die die höchste Abstinenzquote erzielte: Für eine 7-tägige PP-Abstinenz bei EOT betrug die maximale Abstinenzquote 70 % und wurde nach

211 Minuten Beratung erreicht; für 7-Tage PP nach sechs Monaten betrug das Maximum 50 % Abstinenzquote nach 226 Minuten; für anhaltende Abstinenz bei EOT betrug das Maximum 47 % nach 189 Minuten; für anhaltende Abstinenz nach sechs Monaten schließlich bei 34 %, die bei 257 Minuten erreicht wurden. Bemerkenswert ist auch, dass bei weniger als 100 Minuten Beratung keine Beziehung zwischen Beratungsdauer und Abstinenz beobachtet wurde (siehe Phase 1 des sigmoidalen Verlaufs oben).

■ Diskussion

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Rauchende, die eine kognitive Verhaltenstherapie erhalten, mit größerer Wahrscheinlichkeit abstinent werden, je länger die Beratung (bis zu einem gewissen Punkt) dauert und diese von der Dauer abhängige Abstinenzreaktion auf die Beratung einer sigmoidalen Kurve entspricht. Die Dauer-Abstinenz-Kurven waren für die Placebo- und die Vareniclin-Gruppe signifikant unterschiedlich, obwohl in einer logistischen Regression keine signifikanten Interaktionseffekte zwischen Medikation und Beratungsdauer gefunden wurden. Diese unterschiedliche Reaktion deutet entweder darauf hin, dass die Beratung die Wirkung von Vareniclin auf die Abstinenz verstärkte, oder (und mit größerer Wahrscheinlichkeit) die Beratung in Verbindung mit Vareniclin wirksamer war, um Abstinenz zu erreichen. Diese Effekte waren bei allen vier berichteten Abstinenzergebnissen vorhanden, wenn auch stärker ausgeprägt für die 7-Tage-PP-Abstinenz bei EOT.

Eine interessante Beobachtung war die Ähnlichkeit in der Gesamtform der Dosis-Wirkungs-Kurven über alle Abstinenzergebnisse hinweg, insbesondere in Bezug auf die mediane effektive Dauer, die zwischen

152 und 158 Minuten lag. Diese Konsistenz über verschiedene Abstinenzmaße hinweg spiegelt die Robustheit der Beratung als wirksame Intervention wider, wenn sie angemessen dosiert wird.

Innerhalb der beobachteten Beratungsdauer (bis ≈ 240 Minuten) erreichte die geschätzte Sigmoidalkurve ihr oberes Plateau bei ≈ 211 Minuten; darüber hinaus fehlen ausreichende Daten, um abschätzen zu können, ob sich die Abstinenz bei noch längerer Beratungsdauer einpendeln oder weiter ansteigen würde.

Dass die Kombination verhaltenstherapeutischer und pharmakologischer Behandlungskomponenten Ansätzen den Goldstandard darstellt, um die Wirksamkeit von Interventionen zur Tabakentwöhnung zu maximieren, stimmt mit den Erkenntnissen aus Metaanalysen und Empfehlungen aktueller Leitlinien überein.

Anmerkung des Redaktionsteams: In Erfahrung zu bringen, bei welcher Kontaktdauer die besten Ergebnisse erzielt werden können, ist ebenso spannend wie die Frage nach den wirksamsten Einzelinterventionen verhaltenstherapeutischer Behandlungen. Es bleibt jedoch unklar, ob denn bei längerer Kontaktdauer auch mehr spezifische Inhalte vermittelt werden oder ob nicht auch Wirkfaktoren wie Wertschätzung, Empathie und therapeutische Beziehung eine Rolle spielen, wenn z.B. dem Mitteilungsbedürfnis der PuP mehr Raum gegeben wird. Weiterhin unklar bleibt die Frage nach der optimalen Verteilung der Redeteile zwischen Behandelnden und PuP und ob die jeweilige Sitzungsdauer, die Anzahl der Kontakte (siehe auch das Review unten) oder die Gesamtkontaktzeit den bedeutendsten Einfluss auf die Abstinenzwahrscheinlichkeit haben.

Effectiveness of family-based behavioral intervention for smoking cessation in low-income households: A systematic review and meta-analysis

Li MY, Luk TT, Cheung DE, Guo ZQ, Siu KK, Guo J, Chan SS, Lam TH, Ho SY, Zhao SZ & Wang MP (2025) *eClinicalMedicine* 87: 103420, DOI: 10.1016/j.eclinm.2025.103420

■ Hintergrund

Familien mit niedrigem Einkommen sind aufgrund finanzieller Zwänge, des erschwerten Zugangs zur Gesundheitsversorgung und des erhöhten psychosozialen Stresses einer unverhältnismäßig hohen Belastung durch rauchbedingte Morbidität und Mortalität ausgesetzt. Kinder in diesen Haushalten sind häufig unfreiwillig intensiv Tabakrauch (second hand smoke, SHS) ausgesetzt, was das Risiko für Asthma, Infektionen und anderen chronischen Erkrankungen erhöht. Nur wenige systematische Übersichtsarbeiten haben familienbasierte Verhaltensinterventionen zur Tabakentwöhnung bei einkommensschwachen Eltern untersucht.

In diesem Paper wurden deshalb Interventionen zur Förderung des Rauchstopps und zur Verringerung der SHS-Exposition in einkommensschwachen Haushalten mit rauchenden Eltern von Kindern unter 18 Jahren zusammengetragen. Die Interventionseffekte wurden nach Art der Abstinenzmessung, Interventionskomponenten, Dauer der Nachbeobachtung, pharmakologischen Behandlungskomponenten und des Gesundheitszustandes der Kinder (Asthma vs. kein Asthma) analysiert.

■ Methode

Es wurden systematische Recherchen in den einschlägigen Datenbanken und einem klinischen Register (Pubmed, MEDLINE,

Embase, CINAHL, PsycINFO, CENTRAL und dem Cochrane TAG Specialized Register) sowie in Google Scholar für graue Literatur bis Januar 2025 durchgeführt. Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) wurden bei Vorliegen der folgenden Kriterien eingeschlossen: (a) Interventionen, die Rauchende und ihre Angehörigen dazu ermutigen, Verhaltensberatung mit oder ohne zusätzliche Maßnahmen wie finanzielle Anreize, Raumluftmessungen, pharmakologische Unterstützung für die rauchenden Elternteile von Kindern unter 18 Jahren in Anspruch zu nehmen; (b) die Ergebnisse beinhalten Rauchabstinenzquoten (z.B. selbstberichtete 7-Tage-Punktprävalenzabstinenz oder biochemisch validierte Abstinenz nach mindestens drei Monaten; (c) rauchende Eltern als Teilnehmende, die aus einkommensschwachen Wohnbezirken rekrutiert wurden oder deren monatliches Haushaltseinkommen unter dem Medianeinkommen in den entsprechenden Ländern liegt; und (d) in englischer Sprache publiziert wurden.

■ Ergebnisse

Die systematische Recherche förderte 429 Arbeiten zu Tage, wovon nach der Entfernung von Duplikaten und Volltextüberprüfung der verbleibenden schließlich noch 22 Studien in die systematische Überprüfung aufgenommen werden konnten. Diese 22 Studien wurden zwischen 2000 bis 2022 veröffentlicht und umfassten 19 RCTs und drei Pilot-RCTs. Die Studien wurden in den USA (N = 18) und im Vereinigten Königreich (N = 4) durchgeführt. Insgesamt wurden 5392 rauchende Eltern, die mit Kindern unter 18 Jahren zusammenleben, eingeschlossen. Die meisten Studien betrafen Familien, in denen beide Elternteile rauchten (N = 12), während in den restlichen zehn nur die Mütter rauchten. Zwanzig Studien untersuchten rauchende Eltern mit Kindern ohne Asthmaerkrankung,

zwei Studien solche mit Kindern mit Asthmaerkrankung. In den 22 Studien wurden sechs Arten von Verhaltensinterventionen angeboten. Dazu gehörten: Telefonberatung (N = 6), persönliche plus telefonische Beratung (N = 5), Verhaltenstherapie mit NET (N = 4), Verhaltenstherapie mit Rückmeldung zur Raumluftqualität (N = 3), Verhaltenstherapie mit Rückmeldung zur Raumluftqualität und NET (N = 3) und Verhaltenstherapie mit NET und finanziellen Anreizen (N = 1). In den jeweiligen Kontrollbedingungen kamen Kurzinterventionen, bloße Aufklärung allein und Ernährungsberatung zum Einsatz. Die Interventionsdauer reichte von vier bis 26 Wochen, wobei die Anzahl der Beratungskontakte zwischen zwei und 14 lag. Die meisten Interventionen (N = 16) waren theoretisch fundiert. Insgesamt wurden sieben Studien mit geringem Risiko für Verzerrungen bewertet, fünf Studien mit hohem Risiko, während der Rest ein unklares Risiko aufwies.

Zwölf Studien wurden in die Metaanalyse einbezogen. Das gepoolte Risk Ratio (RR) für Rauchabstinenz am Ende der Behandlung lag bei 2,19 (KI: 1,41–3,40), bei der letzten Nachbeobachtung noch bei 1,70 (12,5 % vs. 7,2 %; KI: 1,25–2,31; N = 2 782 rauchende Eltern).

Die Metaregression zeigte, dass die Abstinenzquoten tendenziell mit einer größeren Anzahl von Beratungskontakten und einer kürzeren Interventionsdauer, wenn auch nicht statistisch signifikant anstiegen. Eine höhere Abstinenzquote wurde in Gruppen beobachtet, die Präsenz- plus Telefonberatung (RR = 1,66; KI: 1,06–2,59) und bei denjenigen, die Verhaltenstherapie mit NET erhalten hatten (RR = 2,45; KI: 1,28–4,68). Kein statistisch signifikanter Effekt auf die Rauchabstinenz wurde beobachtet bei Verhaltenstherapie mit Rückmeldung zur Raumluftqualität (RR = 1,22; KI: 0,70–2,12). In den Subgruppenanalysen

wurde eine signifikant höhere Abstinenzquote festgestellt für die NET-Gruppen (RR = 1,78; KI: 1,15–2,74) und Studien mit 12-monatigen Nachbefragungen (RR = 1,96; KI: 1,44–2,66). Wenn beide Eltern geraucht haben, konnten mit den familienbasierten Verhaltensinterventionen höhere Abstinenzquoten ermittelt werden als bei mütterlichen Raucherinnen allein (16,4 % vs. 9,4 %; RR = 1,79; KI: 1,23–2,60). Statistisch signifikante Effekte auf die Rauchabstinenz wurden auch nur bei Eltern mit an Asthma erkrankten Kindern beobachtet (RR = 1,88; KI: 1,39–2,53).

In zehn Studien wurden Biomarker für die SHS-Exposition bei den betroffenen Kindern untersucht. Acht Studien berichteten eine Verringerung der Cotininspiegel im Urin der Kinder, und zwei Studien fanden geringere Cotininspiegel im Speichel zwischen dem Ausgangswert bei Studienbeginn bis zur Nachbeobachtung nach sechs oder 12 Monaten. Sechzehn Studien untersuchten Verbesserungen des elterlichen Rauchverhaltens; sechs berichteten über einen Rückgang der pro Tag gerauchten Zigaretten, neun berichteten über eine Verringerung der SHS-Exposition von Kindern durch Eltern oder andere Quellen, fünf fanden eine Zunahme der Aufhörversuche, wobei zusätzliche Ergebnisse eine geringere Zigarettenabhängigkeit, ein erhöhtes Engagement bei der Tabakentwöhnung und NET-Nutzung sowie ein erhöhtes Vertrauen und die Planung, mit dem Rauchen aufzuhören, hervorhoben. Eine Studie zeigte auch eine erhöhte Selbstwirksamkeit bei Eltern, um Kinder vor SHS zu schützen. Neun Studien berichteten über Verbesserungen der Luftqualität in Innenräumen, wobei ein Drittel Rauchverbote in Häusern oder Autos umsetzte, und sechs Studien stellten eine Verbesserung der Feinstaubbelastung (PM 2,5) in Innenräumen fest.

■ Diskussion

Dieses Review ermittelte signifikante Auswirkungen von familienbasierten Verhaltensinterventionen zur Tabakentwöhnung bei einkommensschwachen Eltern, die mit Kindern unter 18 Jahren im Haushalt leben, was die Bedeutung der Einbeziehung familienbasierter Strategien unterstreicht. Es wurde eine um 73 % höhere Abstinenzquote in den Interventionsgruppen im Vergleich zu den Kontrollgruppen gefunden, wobei die Wirksamkeit in den verschiedenen Untergruppen sehr unterschiedlich war (RR-Range 0,23–2,46).

Diese Ergebnisse stimmten mit denen früherer Studien überein, die ebenfalls einen Anstieg der Abstinenzquoten zeigten, wobei die hier errechnete Gesamteffektstärke größer war als die in einer anderen systematischen Übersichtsarbeit bei Familien mit mittlerem und hohem Einkommen (RR = 1,62). Im Vergleich zu anderen Interventionen zur Tabakentwöhnung, die sich auf individueller Ebene an einkommensschwache Bevölkerungsgruppen richteten, waren familienbasierte Verhaltensinterventionen wirksamer als Kurznachrichtendienste (SMS) oder Motivational Interviewing.

In einkommensschwachen Umgebungen mit erschwerem Zugang zu professionellen Behandlungsangeboten und eingeschränkter externer Unterstützung bieten familienbasierte Verhaltensinterventionen, die von lokalen Mitarbeitenden des Gesundheitswesens durchgeführt werden, eine kosteneffiziente und nachhaltige Strategie. Durch die Nutzung bestehender familiärer Bindungen zielen diese Interventionen auf die Rauchumgebungen im Haushalt ab und betten die laufende Unterstützung in die tägliche Routine ein. Familienmitglieder können im natürlichen Umfeld emotionale und instrumentelle Unterstützung bieten, einschließlich Lob, Erinnerungen und Stressabbau, wodurch begrenzte Ressourcen ausgeglichen und sowohl die Durchführbarkeit als auch die Wirksamkeit von Ausstiegsbemühungen verbessert werden können.

Impressum

Dieser Newsletter erscheint viermal jährlich.

Herausgeber:
Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)
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:
Prof. Dr. Ute Mons

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