



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

Editorial

Seit der letzten Ausgabe dieses Newsletters hat die Cochrane-Arbeitsgruppe zwei Reviews publiziert, die in aller Deutlichkeit das Dilemma bei der Bewertung von E-Zigaretten als Ausstiegshilfe für Tabakzigaretten aufzeigen: So zeigt das aktualisierte Review (1) zur Wirksamkeit von E-Zigaretten (EZig) auf Basis von 104 inkludierten Studien (davon 61 randomisierte Kontrollgruppenstudien, RCTs) mit über 30 000 Teilnehmenden mit hoher Evidenz, dass nikotinhaltige EZig höhere Aufhörraten erzielen als Nikotinersatztherapie (NET; Effektschätzer $RR = 1,55$, $KI: 1,28-1,88$). Die Auftretenshäufigkeit von unerwünschten Nebenwirkungen (AEs) war bei beiden Gruppen ähnlich hoch, und schwere AEs waren zu selten, um zwischen den beiden Bedingungen unterscheiden zu können. Auch wurden Hinweise ermittelt, dass EZig die Aufhörraten im Vergleich zu reiner behavioraler Unterstützung verbessern könnte. Daten aus nicht-randomisierten Studien stimmten mit RCT-Daten überein. Die am häufigsten gemeldeten Nebenwirkungen waren Reizungen im Hals und Mund, Kopfschmerzen, Husten und Übelkeit, die mit fortgesetzter EZig-Anwendung meist verschwanden. Die Evidenzbasis wird eingeschränkt durch Ungenauigkeiten bei

(1) Lindson N, Livingstone-Banks J, Butler AR, McRobbie H, Bullen CR, Hajek P, Wu AD, Begh R, Theodoulou A, Notley C, Rigotti NA, Turner T, Fanshawe T & Hartmann-Boyce J (2025) *Electronic cigarettes for smoking cessation*. *Cochrane Database Syst Rev* 11: CD010216, DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub10

Inhalt

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	3
Neue Publikationen	5

einigen Vergleichen und Ergebnissen zur Sicherheit von EZig aufgrund der relativ geringen Auftretenshäufigkeiten in den inkludierten RCTs. Es bedarf längerer Studien mit größeren Stichproben, um Fragen zu den AEs fundiert bewerten zu können. Die in dem Review inkludierten Studien testeten regulierte nikotinhaltige EZig; nicht regulierte oder illegale Produkte und/oder Produkte, die noch andere Wirkstoffe enthalten, könnten möglicherweise andere Schadensprofile aufweisen. Daten zum Anteil der Teilnehmenden, die das Studienprodukt (EZig oder NET) nach sechs Monaten oder länger weiterhin verwenden, wurden in fünf Studien berichtet, die aber wegen starker Heterogenität nicht gepoolt werden konnten. In zwei dieser Studien wurden keine Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden, in den anderen drei Studien wurden EZig nach sechs Monaten noch häufiger genutzt. Die Suche nach dem Zusammenhang zwischen Entzugserleben und Beendigung des Tabakkonsums förderte ebenfalls keine Studien zu Tage, die die Einschlusskriterien erfüllten.

Es gehört nicht zu den Aufgaben und Fragestellungen eines Reviews zur Wirksamkeit als Ausstiegshilfe, den möglichen Schaden

zu beziffern, der auf gesellschaftlicher Ebene entsteht, wenn junge Menschen mit dem Konsum von EZig beginnen. Auf der diesjährigen Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle am DKFZ hat Daniel Kotz, der auch die DEBRA-Studie leitet (siehe unten), versucht, die Auswirkungen von EZig auf den Nutzen von EZig als Ausstiegshilfe mit dem Schaden durch den Konsumbeginn zu vergleichen. Nach seiner Schätzung liegt dieser Schaden 12-mal so hoch wie der Nutzen. Dieses Nutzen-Schaden-Verhältnis zu verschieben, ist jedoch Aufgabe der Gesundheitspolitik – eine Aufgabe, der in Deutschland bislang nur unzureichend nachgekommen wird: Weder wird der Ausstieg aus dem Tabakkonsum konsequent mit evidenzbasierten Maßnahmen gefördert, noch werden Jugendliche wirksam vor dem Einstieg in den Konsum von E-Zigaretten geschützt.

Das oben angesprochene Dilemma wird noch deutlicher, wenn man sich Titel und Inhalt des zweiten Reviews vor Augen führt: „Interventions for quitting vaping“, also Interventionen zur Beendigung des EZig-Konsums (2). Es besteht also offenbar ein Bedarf, den Ausstieg aus dem Hilfsmittel zum Rauchstopp zu unterstützen. Auch hierzulande steigt die Nachfrage nach Ausstiegsunterstützung von EZig-Konsumierenden. Bislang liegen nur sehr begrenzte Erkenntnisse dazu vor, wie Behandelnde am besten vorgehen, wenn Betroffene mit EZigs aufhören und langfristig abstinent bleiben wollen. 15 Studien mit 5.800 Teilnehmenden (die mehrheitlich zuvor Tabakzigaretten konsumiert hatten) wurden für das Review berücksichtigt. In sieben Studien rauchten die Teilnehmenden zu Beginn keine Tabakzigaretten mehr. Vierzehn dieser Studien wurden in den USA und eine in

Italien durchgeführt. Bezüglich der pharmakologischen Interventionen wurden zum einen keine klaren Hinweise gefunden, dass eine Kombination zweier NET-Präparate für EZig-Abstinenz nach sechs Monaten oder länger einen Nutzen bringt, wobei die Konfidenzintervalle weder einen Nutzen noch einen Schaden ausschließen. Für Vareniclin im Vergleich zu Placebo wurden nach sechs Monaten höhere Aufhorraten ermittelt (RR=2,71, KI: 1,33–5,49), wobei die Evidenz aufgrund von Ungenauigkeiten als gering eingestuft wurde. Bei den verhaltenstherapeutisch-behavioralen Interventionen gab es lediglich für SMS-basierte Interventionen Belege mit geringer Sicherheit (aufgrund von Indirektheit), dass die Aufhorraten im Vergleich zur keiner oder minimaler Unterstützung erhöht werden könnten, speziell in der Altersgruppe der 13- bis 24-Jährigen (RR=1,32, KI: 1,19–1,47).

Die Autoren weisen darauf hin, dass künftige Studien auch die Auswirkungen von Interventionen auf den Konsum von brennbaren Tabakprodukten berücksichtigen sollten, um das vollständige Risikoprofil der relevanten Interventionen zu erfassen. Auch dieses Review wird als Living Systematic Review geführt, bei dem monatliche Suchanfragen durchgeführt werden, um es bei relevanten neuen Erkenntnissen zeitnah aktualisieren zu können.

Die berichteten Befunde sind keine große Hilfe für die konkrete Beratung von Personen, die EZig konsumieren und es nicht aus eigener Kraft schaffen, davon loszukommen. Vermutlich lassen sich viele bewährte Strategien aus der Behandlung abhängiger Tabakkonsumenten wie Stimuluskontrolle und Verhaltensalternativen für emotional herausfordernde Situationen übertragen, aber es ist unklar, inwieweit die unterschiedlichen Konsummuster und möglicherweise auch Änderungsmotive andere beraterische Vorgehensweisen erforderlich machen.

(2) Butler AR, Lindson N, Livingstone-Banks J, Notley C, Turner T, Rigotti NA, Fanshawe TR, Begh R, Wu AD, Brose L, Conde M, Simonavicius E & Hartmann-Boyce J (2025) Interventions for quitting vaping. *Cochrane Database Syst Rev* 11: CD016058, DOI: 10.1002/14651858.CD016058.pub3

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 anhaltend hohe Rauchprävalenz in Deutschland hingewiesen. Die letzte Erhebungswelle von Ende Oktober 2025 weist mit 32,1% Prävalenz (gleitender Mittelwert) einen sehr hohen Wert auf. Etwas angestiegen ist auch die Prävalenz des E-Zigarettenkonsums (3,2% gleitender Mittelwert), wobei etwa drei von vier E-Zigarettenkonsumierenden auch Tabak konsumieren, also einen sogenannten dual use betreiben. Weiterhin unbefriedigend ist die Quote von 9,0% derjenigen Rauchenden, die mindestens einen ernsthaften Rauchstoppversuch in den letzten 12 Monaten unternommen haben.



In dieser für 2025 vierten und letzten Ausgabe unseres Newsletters werden vier neue Publikationen besprochen. Zunächst präsentieren wir Ergebnisse einer Studie, die den Einfluss der Nähe von Tabakgeschäften zum Wohnort auf die Wahrscheinlichkeit untersuchte, nach zwei unterschiedlichen app-basierten Interventionen rauchfrei zu bleiben. In der zweiten Arbeit wurde im Rahmen eines Reviews der Frage nachgegangen, inwieweit Yoga eine Wirksamkeit als Behandlungsmaßnahme bei Tabakabhängigkeit zeigen kann. Die dritte Studie aus dem Vereinten Königreich beobachtet die Patientenströme vom Krankenhaus zu spezialisierten Behandlungszentren und die anschließenden Ergebnisse dieser Behandlungen. Schließlich wurden in dem vierten, in kürzerer Form besprochenen Papier die Wirksamkeit und Sicherheit von Cytisin und NET verglichen.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung, schöne Feiertage und ein gesundes Jahr 2026,

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: München, 23.–27.2.2026; Berlin 13.–17.4.2026. Verkürzte

Schulung: Oberursel 9.–11.3.2026. Infos unter <https://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: 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

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

Mittwoch, 18. März 2026 von 13 bis 17 Uhr in Frankfurt. Programm und Anmeldung in Kürze unter <https://www.wat-ev.de>

30. Tübinger Suchttherapietage

25. bis 27. März 2026. Programm unter <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/allgemeine-psychiatrie/tuebinger-suchttherapietage>; Anmeldung unter info@tuebinger-suchttherapietage.de

■ International

SRNT-Konferenz in Baltimore, USA

4. bis 7. März 2026. Updates unter <https://srnt.org>. Frühbucherrabatt bis zum 6. Februar 2026



10. European Conference on Tobacco or Health (ECToH) in Mailand, Italien

20. bis 22. Mai 2026. Programm und Anmeldung unter <https://www.ectoh.org>



Neue Publikationen

Does living near a tobacco retailer impact the efficacy of smoking cessation treatments? Analysis from a randomized trial

Santiago-Torres M, Mull KE, Sullivan BM & Bricker JB (2025) Addict Behav Rep, DOI: 10.1016/j.abrep.2025.100635

■ Hintergrund

Ob das Leben in der Nähe eines Tabakgeschäfts die Wirksamkeit von Behandlungsmaßnahmen beeinflusst, blieb bislang weitgehend unerforscht. Populationsweite Forschung hat aber gezeigt, dass ein einfacherer Zugang zu Tabakprodukten mit einer höheren Rauchprävalenz, geringerer Wahrscheinlichkeit für einen Ausstieg und höherer Rückfallgefahr verbunden ist. In dieser Arbeit wurden Daten aus einer randomisierten Studie verwendet, in der die Wirksamkeit zweier Apps bei 2 415 erwachsenen Rauchenden miteinander verglichen wurde (siehe auch [Newsletter Nr. 80](#)). Dabei wurde untersucht, ob die Dichte an Tabakverkaufsstellen am Wohnort der Teilnehmenden die Wirksamkeit zweier therapeutisch unterschiedlich ausgerichteter Behandlungen bei der 12-Monats-Nachbefragung beeinflusste.

■ Methode

Keine der beiden Apps adressiert direkt Faktoren wie hohe Dichte von Tabakverkaufsstellen. Allerdings liegt ein Fokus der einen, ACT-(Acceptance and commitment therapy) basierten, App („iCanQuit“) auf der Akzeptanz von Rauchverlangen. Im Unterschied dazu fokussiert die zweite, kognitiv-verhaltenstherapeutische App „QuitGuide“ auf die

Vermeidung und Überwindung von Rauchverlangen. Das könnte relevant sein, weil das Vermeiden von Rauchverlangen in Wohngebieten mit einer hohen Dichte an Tabakverkaufsstellen schwierig erscheint. Daher könnten ACT-basierte Interventionen für Personen, die in einer solchen Umgebung leben, von Vorteil sein.

Daten zur Dichte von Tabakverkaufsstellen pro 1000 Einwohner wurden aus dem „National Neighborhood Data Archive“ ermittelt und mit der Wohn-Postleitzahl jedes Teilnehmenden verknüpft. Zu den zentralen Outcomes gehörten die selbstberichtete 30-Tage-Punktprävalenz-Abstinenz (PPA) von Tabakzigaretten, anhaltende Abstinenz, 30-tägige PPA von Nikotin- oder Tabakprodukten und Rückfall nach 12 Monaten bei denjenigen, die zur sechs-Monats-Nachbefragung Abstinenz angegeben hatten. Insbesondere wurde die Wechselwirkung zwischen Dichte und Behandlungsarm auf die 12-Monats-30-Tage-PPA geprüft.

■ Ergebnisse

Die Dichte der Tabakverkaufsstellen lag im Durchschnitt bei 0,32 (SD=0,23) pro 1000 Personen (Median=0,29; Spanne=0,00–3,82) und die Gesamtzahl von Tabakverkaufsstellen in jedem Wohnbereich der Teilnehmenden betrug durchschnittlich 8,56 (SD=6,62; Median=7). Bei der Suche nach einem Moderationseffekt der Verkaufsstellendichte auf die 30 Tage-PPA-Rauchabstinenz nach 12 Monaten wurde keine signifikante Wechselwirkung zwischen der Dichte der Tabakverkaufsstellen und dem Behandlungsarm ermittelt, weder für die Teilnehmenden mit vollständigen Outcome-Daten ($\beta = 0,84$; $p = 0,09$), noch für die Analyse, für die diejenigen mit fehlenden Outcome-Daten

als Rauchende gewertet wurden ($\beta=0,85$; $p=0,09$) oder die Berechnung, in der fehlende Werte statistisch imputiert wurden ($\beta=0,77$; $p=0,11$). Es gab aber eine statistisch signifikante Interaktion zwischen der Dichte der Tabakverkaufsstellen und der anhaltenden Tabakabstinenz nach 12 Monaten ($\beta=1,76$; $p=0,03$), was darauf hindeutet, dass dieser Zusammenhang durch die Zugehörigkeit zu der Behandlungsgruppe moderiert wurde. Für die restlichen Outcomes wurden keine solchen Wechselwirkungen errechnet.

Nach 12 Monaten gab es keine Hinweise auf einen Unterschied bezüglich der Ausstiegschancen je Verkaufsstelle mehr im iCanQuit-Arm (OR=1,19, KI: 0,60–2,36, $p=0,62$), aber es gab einen Trend für geringere Ausstiegschancen im QuitGuide-Arm (OR=0,54, KI: 0,27–1,06, $p=0,07$). Ähnliche Effektgrößen wurden für die missing-as-smoking-Auswertung und die multiple Imputation-Berechnung beobachtet. Es gab keine klaren Hinweise für einen Zusammenhang zwischen der Dichte des Tabakverkaufsstellens und der anhaltenden Abstinenz zwischen drei und 12 Monaten im iCanQuit-Arm (OR=1,46, KI: 0,56–3,76, $p=0,43$), aber es gab auch hier einen knapp nicht signifikanten Trend für einen 73 % Rückgang der anhaltenden Abstinenz im QuitGuide-Arm (OR=0,27, KI: 0,07–1,02, $p=0,054$).

In einer Post-hoc-Analyse wurde untersucht, ob es zwischen Baseline und der Drei-Monats-Befragung einen Zusammenhang zwischen der Dichte der Tabakverkaufsstellen und einer veränderten Akzeptanz internaler Reize zu Rauchen gab. Gemessen wurde die Akzeptanz von (1) körperliche Empfindungen, (2) Emotionen und (3) Gedanken, die Rauchen auslösen könnten. Es gab im QuitGuide-Arm einen nicht-statistisch signifikanten Trend für eine Verbindung zwischen der Verkaufsstellendichte und einer Abnahme der Akzeptanz von Emotionen, die das Rauchen auslösen können

(Poinz Estimate PE=0,12, KI: 0,25–0,01, $p=0,06$). Es gab jedoch keine Hinweise auf eine solche Assoziation im iCanQuit-Arm (PE=0,05, KI: 0,15–0,25, $p=0,63$).

■ Diskussion

In der Nähe von Tabakverkaufsstellen zu leben, kann die Effektivität individueller Tabakentwöhnungsinterventionen langfristig abschwächen. Allerdings hatte die Dichte der Verkaufsstellen keinen Einfluss auf die Erfolgsaussichten bei denjenigen Teilnehmenden, die die ACT-basierte iCanQuit-App-Intervention erhalten hatten. Auf eine potenziell moderierende Rolle der Dichte der Verkaufsstellen deutet die um 46 % geringere Wahrscheinlichkeit für eine 30-Tage-Prävalenz-Abstinenz nach 12 Monaten im QuitGuide-Arm hin, auch wenn das Signifikanzniveau nicht ganz erreicht wurde ($p=0,07$). Zusätzlich gab es eine signifikante Wechselwirkung zwischen der Dichte der Verkaufsstellen und der Behandlungsgruppe bei anhaltender Abstinenz ($p=0,03$), die jedoch allein auf die Teilnehmenden im QuitGuide-Arm zurückzuführen war.

Die Autoren führen diese Ergebnisse darauf zurück, dass die ACT-basierte Intervention (iCanQuit) den Teilnehmenden die Fähigkeiten vermittelt, bereit und offen für das Erleben von Verlangen zu sein, auch wenn sie mit der Präsenz von Tabakverkaufsstellen konfrontiert werden. Eine post-hoc Analyse deutete auf einen möglichen Zusammenhang zwischen höherer Dichte der Tabakhändler und geringerer Akzeptanz von Emotionen hin, die das Rauchen im QuitGuide-Arm auslösen, was im iCanQuit-Arm nicht beobachtet wurde. Diese explorative Erkenntnis verdient eine weitere Untersuchung.

Es ist also möglich, dass die Fähigkeit zur Akzeptanz innerer emotionaler Signale zum

Rauchen die iCanQuit-Teilnehmenden vor einer Exposition durch diese Verkaufsstellen schützte, während das Fehlen von Akzeptanzfähigkeiten die Teilnehmenden der QuitGuide-App anfälliger für die Auswirkungen dieser Exposition machte.

Erwähnenswert sind wichtige Einschränkungen dieser Studie: Die Teilnehmenden konnten natürlich nicht zufällig ihren Wohnsitzen zugewiesen werden, und bevölkerungsbasierte Daten über Tabakverkaufsstellen über die Verknüpfung mit Postleitzahlbezirken lassen andere Expositionsquellen wie Arbeitsplätze ebenso außer Acht wie die tatsächliche Interaktion der Teilnehmenden mit den Tabakverkaufsstellen. Spannend erscheint die Frage, wie eine ACT-basierte App-Intervention wohl hierzulande wirken würde, wenn man die entsprechenden Zahlen aus dem Tabakatlas 2025 für Deutschland heranzieht: Es gibt demnach 330 000 Verkaufsstellen für Tabak, was etwa vier Verkaufsstellen pro 1000 Personen entspricht, also einer um mehr als das Zehnfache höheren Dichte als die in der Studie berichtete. Diese Zahl unterstreicht, dass es auch in der Verantwortung der Gesundheitspolitik liegt, es ehemals Rauchenden leichter zu machen, abstinent zu bleiben. Wirksame Maßnahmen umfassen eine Reduktion der Zahl von Verkaufsstellen durch Einführung eines Konzessionsmodells für Fachgeschäfte sowie umfassende Werbeverbote am Verkaufsort,

einschließlich eines Verbots des offenen Ausstellens der Tabakprodukte (Display Ban).

Efficacy of yoga on tobacco cessation. A systematic review and meta-analysis

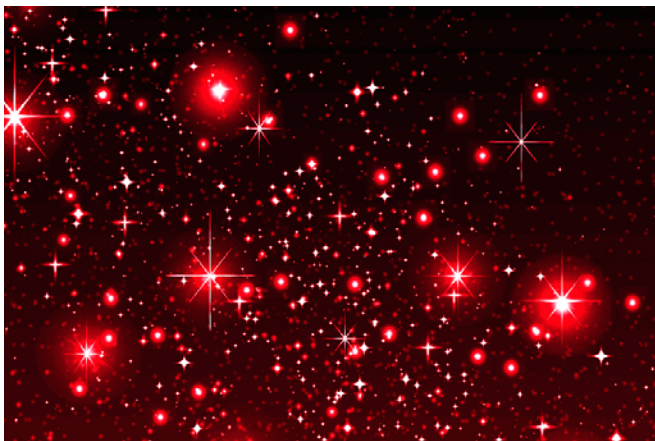
Singh S, Dhanlika D, Haldar P & Sharma G (2025) Nicotine Tob Res: ntaf236, DOI: 10.1093/ntr/ntaf236

■ Hintergrund

In den letzten Jahren haben komplementäre und alternative Methoden zunehmend Beachtung als potenzielle Interventionen zur Behandlung der Tabakabhängigkeit gefunden. Dazu zählt auch Yoga, eine alte indische Praxis, die Pranayama (Atemkontrolle), Meditation und Asanas (körperliche Haltungen) umfasst. Yoga hat unter anderem positive Auswirkungen bei der Bewältigung von Stress oder Angstzuständen. Systematische Übersichtsarbeiten zu seiner Bedeutung in der Tabakentwöhnung liegen bislang nicht vor. Daher wurde diese systematische Metanalyse zur Bewertung der Wirksamkeit von Yoga bei der Behandlung der Tabakabhängigkeit durchgeführt.

■ Methode

Diese systematische Übersichtsarbeit mit Metaanalysen umfasste Studien bei Personen ab 18 Jahren, die rauchlosen oder/und brennbaren Tabak konsumierten, und die randomisiert wurden, um eine Yoga-Intervention zu erhalten, entweder als Monotherapie oder als ergänzende Therapie. Primärer Endpunkt der gesammelten Studien war die 7-Tage-Punktprävalenz-Abstinenz (7T-PPA); zudem wurden sekundäre Outcomes wie Lebensqualität und psychische Parameter wie Depression und Angst, positive oder negative Stimmungen definiert. Es wurden nur randomisierte



kontrollierte Studien (RCTs) eingeschlossen, die von 1993 bis September 2024 auf Englisch publiziert worden waren. Aufgrund der geringen Anzahl der enthaltenen Studien ($n=5$) konnten keine Funnel-Plots oder Tests zur Erkennung von Publikationsbias berechnet werden. Für jede Studie wurden die Effektschätzer (OR) und die entsprechenden Standardabweichungen zur Berechnung verwendet und für die finale Interpretation transformierte OR und ihre Konfidenzintervalle herangezogen.

■ Ergebnisse

Insgesamt wurden 2 139 Artikel identifiziert, von denen zwanzig Artikel im Volltext geprüft wurden und sieben RCTs für die finale Analyse berücksichtigt wurden. Diese Arbeiten wurden zwischen 2011 und 2023 veröffentlicht, und fünf davon wurden in die Meta-Analyse inkludiert. Über alle sieben RCTs hinweg gab es insgesamt 629 Teilnehmende mit erheblichen Unterschieden bei den jeweiligen Stichprobengrößen (zwischen 38 und 227). Die Mehrheit der Studien wurde in den USA, zwei Studien in Asien durchgeführt. Das Alter der Teilnehmenden lag zwischen 18 und 65 Jahren.

Vier der sieben RCTs untersuchten Yoga in Kombination mit anderen Therapien (zwei in Verbindung mit kognitiver Verhaltenstherapie, zwei mit Beratungssitzungen). Drei Studien untersuchten Yoga als eigenständige Intervention. Es kamen unterschiedliche Yoga-Stile wie Hatha, Vinyasa und Iyengar zum Einsatz. Die Kontrollgruppen erhielten typischerweise Wellness-Sitzungen oder Beratung, deren Dauer den entsprechenden Yoga-Interventionen angepasst wurden.

Basierend auf fünf Studien betrug der gepoolte Effektschätzer OR für die 7T-PPA bis zu sechs Monate nach Ende der Behandlung 1,50 (KI: 0,60–3,73). Dies spiegelt eine potenziell

positive, aber inkonsistente Wirkung von Yoga auf die Beendigung des Tabakkonsums wider. Zudem wurde eine beträchtliche Heterogenität beobachtet ($I^2=65\%$, $p=0,07$; $\tau^2=0,7127$), was auf erhebliche Variabilität zwischen den Studien hinweg hinweist.

Eine Sensitivitätsanalyse ohne die Studie mit dem höchsten Risiko für Verzerrungen (Risk of Bias) zeigte eine erhebliche Verringerung der Heterogenität von 65 % auf 16 %. Dadurch verbesserte sich das gepoolte OR auf 1,71 (KI: 1,14–2,56).

Bezüglich der sekundären Outcomes wie Lebensqualität, Depression und Angst berichteten vier Studien von positiven Verbesserungen der emotionalen Befindlichkeit. In einer Studie erwies sich Hatha Yoga wirksamer als kardiovaskuläres Training bei der Angstreduktion und Depression, während zudem die positiven Affekte verstärkt wurden. Insgesamt verbesserten aktive Yoga-Stile wie Hatha, Vinyasa und Iyengar die 7T-PPA durch eine Verminderung von Stress und Depression, während Pranayama-Yoga Rauchverlangen und negative Affekte reduzierte, aber keinen positiven Einfluss auf die 7T-PPA hatte.

■ Diskussion

In dieser systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse wurden Belege für die Wirksamkeit von Yoga bei der Tabakentwöhnung gesucht. Zwar zeigt der Effektschätzer eine um insgesamt 50 % höhere Wahrscheinlichkeit, bei Behandlungsende 7T-PPA zu erreichen, es wurde jedoch eine erhebliche Heterogenität beobachtet. Nach Entfernen einer Studie mit hohem Risiko für Verzerrungen, die eine Stichprobengröße von lediglich 38 Teilnehmenden hatte, ergab sich eine höheres OR und eine statistisch signifikante Wahrscheinlichkeit für eine höhere Abstinenzrate in den Yogagruppen.

Plausible Mechanismen, die die Wirksamkeit von Yoga bei Tabakabhängigkeit erklären könnten, sind nicht einfach auszumachen. Ein Mechanismus könnte darin liegen, dass Nikotin die cholinergen Nikotinrezeptoren aktiviert, wodurch Neurotransmitter freigesetzt werden, die belohnende Effekte haben, während beim Entzug über Corticotropin-freisetzende Faktoren (CRH) und adrenokortikotrope Hormone den Stress erhöht. Yoga mildert dies durch eine Veränderung in Richtung Dominanz des Parasympathikus, was die Aktivität der Cortisol- und Stresshormone reduziert.

Für eine fundierte Einschätzung des Potenzials von Yoga als Intervention zur Tabakentwöhnung bedarf es allerdings längerer Nachbefragungen und Testung seiner Eignung in unterschiedlichen kulturellen und sozioökonomischen Kontexten. Hierzulande würden solche Programme wahrscheinlich eher von sozioökonomisch privilegierten Personen genutzt werden. Zudem müssten zukünftige RCTs die untersuchten Interventionen hinsichtlich Art und Inhalt des Yogas sowie deren Dauer und Dosierung spezifisch beschreiben.

Smoking cessation after referral from hospital to community stop smoking services: An observational study

Cherodian R, Franklin M, Baxter S, Chilcott J & Gillespie D (2025) BMJ Public Health: e001659, DOI: 10.1136/bmjph-2024-001659

■ Hintergrund

Der Langzeitplan 2019 für den National Health Service (NHS) in England setzt das Ziel, allen rauchenden Patientinnen und Patienten (PuP) bei der Aufnahme ins Krankenhaus NHS-finanzierte

Tabakabhängigkeits-Behandlungsdienste anzubieten. Folglich wird in Akutkliniken des National Health Service (NHS) bei Aufnahme routinemäßig der Rauchstatus erfasst, im Rahmen des Aufenthalts eine Behandlung und weitere Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung angeboten. Eine Schlüsselstrategie ist dabei die Zuweisung von PuP an kommunale Tabakentwöhnungsdienste („community stop smoking services“, CSSS), die Verhaltenstherapie und pharmakologische Unterstützung anbieten. In dieser Studie wurden die Patientenströme vom Krankenhaus zu den CSSS und die anschließenden Ergebnisse der Rauchstoppbehandlung untersucht.

■ Methode

Diese Studie war Teil einer Evaluation der Tabakabhängigkeits-Behandlungsdienste im Süden von Yorkshire, England. Der QUIT-Tabakbehandlungsdienst umfasst vier Akutkrankenhäuser, drei spezialisierte psychiatrische Kliniken und ein Kinderkrankenhaus. Sowohl stationäre als auch ambulante PuP können an das CSSS überwiesen werden. In den Kliniken konnten PuP sehr kurze Beratung oder ein Assessment durch Fachpersonen inklusive Motivational Interviewing erhalten. Kürzlich entlassene PuP erhielten einen telefonischen Folgekontakt, der vom Krankenhausteam initiiert wurde.

Die primäre Datenquelle waren elektronische Patientenakten eines CSSS, der Zuweisungen aus Kliniken erhielt. Die Daten stammten aus der Zeit von Juli 2021 bis März 2023 und deckten die Anfangsphase der Implementierung dieses Dienstes ab. Es wurden Patientenströme untersucht von der Krankenhausüberweisung bis hin zum selbstberichteten Rauchstatus nach vier Wochen, wie er vom CSSS aufgezeichnet wurde. Mit generalisierten linearen Modellen wurden Zusammenhänge zwischen einer vierwöchiger Abstinenz und demografischen

Patientenmerkmalen, sozioökonomischem Status, Tabakabhängigkeit und gesundheitsbezogenen Faktoren untersucht.

■ Ergebnisse

In den ersten zehn Monaten nach Einführung des Tabakabhängigkeits-Behandlungsdienstes gab es einen stetigen Anstieg der Überweisungen nach Entlassung zum CSSS. Nach dieser Anfangsphase waren die monatlichen Zuweisungen ab April 2022 relativ stabil.

Von insgesamt 3 223 Krankenhausüberweisungen konnten 72,0 % (2 322) vom CSSS kontaktiert werden, und 52,5 % (1692) dieser PuP wurden für eine Behandlung registriert.

41,4 % (1333) unternahmen einen CSSS-unterstützten Ausstiegsversuch zu einem bestimmten Termin und 25,3 % (815) gaben selbstberichtete Rauchabstinenz nach vier Wochen an. Es fielen dabei keine signifikanten Unterschiede bezüglich Geschlecht, Alter oder Beruf auf. Auffällig waren die geringeren Erfolgsaussichten bei PuP, die kostenlose NHS-Rezepte erhalten hatten (ein Indikator für schlechtere gesundheitliche und/oder sozioökonomische Bedingungen): Die Erfolgschancen einer berechtigten Person (vs. nicht berechtigt) waren 46 % niedriger (OR=0,54, KI: 0,32–0,90). Ebenso waren die Erfolgschancen für PuP mit hoher (vs. niedriger/mittlerer) Nikotinabhängigkeit 43 % niedriger (OR=0,57, KI: 0,37–0,87). Wenig überraschend war das Ergebnis, dass Teilnehmende, die mehr CSSS-Unterstützungssitzungen und mehr als ein NET-Präparat erhalten hatten, höhere Erfolgschancen hatten. Im Durchschnitt nahmen die PuP sechs Termine in Anspruch (Spanne von 1 bis 26). Es gab zusätzlich einen Trend, dass ambulante PuP (vs. stationäre PuP) höhere Erfolge beim Aufhören (OR=1,59, KI: 0,95–2,64) hatten. 71,9 % der PuP gaben an, an mindestens

einer Erkrankung zu leiden, 25,4 % sogar an drei oder mehr Erkrankungen. Die fünf häufigsten Erkrankungen waren chronische Atemwegserkrankungen (37,6 %), psychische Erkrankungen (26,3 %), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (25,2 %), Diabetes (12,4 %) und Krebs (9,3 %). PuP, die berichteten an Krebs zu leiden, hatten höhere Ausstiegschancen (OR=2,26, KI: 1,18–4,32); ansonsten gab es keine signifikanten Einflüsse der erhobenen Gesundheitsfaktoren.

■ Diskussion

Diese Studie untersuchte die Patientenströme aus einem stationärer Behandlungsdienst für Tabakabhängigkeit im Krankenhaus zu einem CSSS und die anschließenden Veränderung des Rauchverhaltens. In der frühen Phase der Implementierung und danach gab es wesentliche Verbesserungen bei der Identifikation rauchender PuP, der geleisteten Unterstützung und dem Transfer zum CSSS bei Entlassung. Von den überwiesenen PuP, die einen CSSS-unterstützten Ausstiegsversuch unternommen hatten, gaben 61 % eine vierwöchige Abstinenz an. Wenn allerdings auch die Dropouts während des gesamten Krankenhaus- und CSSS-Versorgungspfads mitberücksichtigt werden, sinken diese Raten erheblich: Die Abstinenzrate der als Rauchende identifizierten PuP lag danach bei 3,3 %, bei PuP, die in den Kliniken ein Assessment durch Fachpersonen erhalten hatten bei 7,7 % und bei den PuP, die an den CSSS verwiesen wurden, bei 25,3 % der PuP. Personen mit gesundheitlichen und sozioökonomischen Einschränkungen und solche mit höherer Nikotinabhängigkeit hatten schlechtere Abstinenzchancen. Die guten Erfolgssausichten unter den PuP mit einer Krebserkrankung unterstreichen den potenziellen Nutzen eines verbesserten Versorgungstransfers insbesondere für diese schutzbedürftigen Patientengruppen.

Comparison of efficacy and safety of cytisine against nicotine replacement treatment

Erinc A, Kirac A, Bagci BA, Gul S & Satıcı C (2025) Nicotine Tob Res. ntaf241, DOI: 10.1093/ntr/ntaf241

In der Türkei ist Cytisin seit 2023 zur Tabakentwöhnung zugelassen und wird von Tabakentwöhnungskliniken, die dem Gesundheitsministerium angeschlossen sind, verschrieben. Das Medikament ist kostenfrei im Rahmen des nationalen Tabakkontrollprogramms erhältlich, und Ärzte können es je nach Patientenpräferenz, Komorbiditäten und Verfügbarkeit als Alternative zu NET oder Vareniclin anbieten. Um die Wirksamkeit und Sicherheit von Cytisin- und Nikotinersatztherapie (NET) unter realen Versorgungsbedingungen zu vergleichen, wurden 476 PuP, die an einem Tabakentwöhnungsprogramm teilnahmen, im Rahmen einer nicht-randomisierte Beobachtungsstudie nach Behandlungsmodalitäten gruppiert (Cytisin oder NET).

In der untersuchten Klinik startet das Behandlungsprogramm bereits bei der Aufnahme, während die Baseline-Daten erfasst und die Pharmakotherapien eingeleitet werden. Während des ersten Kontaktes erfolgt auch eine standardisierte Ausstiegsberatung und eine Diskussion über verfügbare pharmakotherapeutische Optionen. Die Auswahl der medikamentösen Behandlungsoptionen erfolgt in Zusammenarbeit zwischen Arzt und PuP unter Berücksichtigung vorheriger Aufhörversuche, möglicher Gegenanzeigen und Präferenz der PuP. Alle Medikamente wurden von den Krankenhausapotheken abgegeben, ohne dass eine Eigenbeteiligung erforderlich ist.

Der Ausstiegstermin wird in der Regel für Tag 7 nach Beginn der Pharmakotherapie festgelegt.

Folgekontakte werden routinemäßig einen, drei und sechs Monate nach dem Ausstiegstermin durchgeführt, unabhängig von der jeweils eingesetzten Pharmakotherapie (die Behandlung mit Cytisin dauert 25 Tage, die mit NET bis zu 12 Wochen). Die standardisierte Beratung folgt dem 5A-Modell der WHO („ask, advice, assess, assist, arrange“). Die Behandlungstreue wurde mit Hilfe der Verschreibungsunterlagen und von Selbstberichten bewertet; unerwünschte Nebenwirkungen wurden bei allen Folgekontakten dokumentiert.

Als primäres Outcome wurde die kontinuierliche, selbstberichtete Abstinenz nach sechs Monaten definiert; es fand keine biochemische Verifizierung statt. Sekundäre Endpunkte umfassten die Verträglichkeit und Faktoren, die mit dem Erfolg der Behandlung verbunden sein könnten.

Von den 476 aufgenommenen PuP waren 42 % weiblichen Geschlechts, das Durchschnittsalter lag bei 50,2 Jahren. Häufige beobachtete Komorbiditäten waren Hypertonie (20,4 %), COPD (16,8 %) und Diabetes mellitus (11,6 %). Der Median für die Rauchdauer lag bei 33 Jahren (Spanne 24–41), und der Median bei den Packungsjahren bei 38 (Spanne 24–50). Die untersuchten PuP waren stark abhängig (Median beim Fagerström-Test = 6 Punkte; Spanne 5–8). Während des ersten Monats waren Schwindel und Erbrechen die am häufigsten gemeldeten Nebenwirkungen (13 %), gefolgt von Schlafstörungen (6 %). Bei den nachfolgenden Untersuchungen wurden keine behandlungsbedingten negativen Effekte mehr festgestellt.

PuP in der Cytisin-Gruppe war jünger und hatten eine entsprechend kürzere Dauer ihrer Rauchkarriere ($p < 0,05$). Zusätzlich war die Prävalenz von Hypertonie, COPD und psychiatrischer Komorbidität in dieser Gruppe signifikant niedriger ($p < 0,05$).

Von den 229 mit Cytisin behandelten PuP erreichten 124 (54,1%) die 6-monatige Abstinenz, verglichen mit 77 von 247 PuP (31,2%) in der NET-Gruppe ($p < 0,001$).

Multivariate logistische Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um Variablen zu ermitteln, die mit dem Behandlungserfolg zusammenhängen. Weibliches Geschlecht und das Vorhandensein von Diabetes mellitus waren unabhängig voneinander mit einem höheren Erfolg assoziiert, ebenso die Behandlung mit Cytisin (OR=2,54, KI: 1,72–3,74, $p < 0,001$).

Cytisin war demnach signifikant wirksamer als NET, um unter realen Versorgungsbedingungen

eine kontinuierliche Abstinenz nach sechs Monaten zu erzielen. Bestimmte Untergruppen (Frauen und PuP mit Diabetes) profitieren in solchen Settings möglicherweise stärker von einer pharmakologischen Unterstützung.

Die Studienergebnisse liefern weitere unterstützende Belege für die routinemäßige klinische Anwendung von Cytisin als Erstlinienbehandlung, insbesondere in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Seine (länderspezifisch unterschiedliche) Erschwinglichkeit, Verträglichkeit und kurze Behandlungsdauer bieten Vorteile für eine flächendeckende Umsetzung im Rahmen öffentlicher Gesundheitsprogramme.

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

