

Newsletter Tabakentwöhnung

Nr. 98, März 2025



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

Digitale Gesundheitsanwendungen (englisch mobile health oder kurz mHealth) sind sehr in Mode und haben ihr Potenzial auch in der Behandlung der Tabakabhängigkeit unter Beweis gestellt. Von Teilnehmenden unserer Fort- und Weiterbildungen hören wir aber auch kritische Kommentare zu diesen Angeboten: Sie würden eigene (Kurs-) Angebote weniger attraktiv erscheinen lassen, einen „easy way out“ suggerieren, die Bedeutung der „therapeutischen Beziehung“ ignorieren und Patienten und Behandelnde selbst verunsichern. Eine jüngst veröffentlichte qualitative Studie mit halbstrukturierten Interviews mit elf erfahrenen Tabakentwöhnungsexpertinnen und -experten (TEE) aus Belgien, die als aktiv Praktizierende täglich mit ausstiegswilligen Rauchenden zu tun hatten, hat – neben der Anerkennung des Potenzials dieser Angebote – ähnliche Bedenken zu Tage gefördert (1). Es wurde eine induktive thematische Analyse durchgeführt, um Schlüsselmuster und -themen in den Aussagen der TEE zu mHealth-Interventionen zu identifizieren. Die befragte Stichprobe spiegelte unterschiedliche Fachkenntnisse und Perspektiven aus dem öffentlichen sowie dem

(1) Kashefi A, Murphy SL, Marez LD, Conradie P & Vanden Abeele MMP (2025) Tales of hope and hesitation: Smoking cessation experts' views on the opportunities and risks of digital behaviour change interventions. Digit Health, DOI: 10.1177/20552076251322060

Inhalt

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	3
News	4
Neue Publikationen	4

privaten Sektor aus Psychologie, Krankenpflege und Pharmazie wider.

Vier Hauptthemen wurden herausgearbeitet und humorvoll betitelt: 1) „Der unaufhaltsame Aufstieg der Technologie“: Die TEE erkannten die Unvermeidlichkeit der Technologie bei der Tabakentwöhnung an, waren diesbezüglich aber unterschiedlich enthusiastisch; einige TEE sehen in einer App „nur ein kleines Extra“ und deuteten an, dass die Nutzenden möglicherweise eine verzerrte Wahrnehmung davon haben, was für ihre Verhaltensänderung bedeutsam ist, während andere ein großes Potenzial in deren Weiterentwicklung sehen: „Ich glaube, dass es dort Möglichkeiten gibt, dass künstliche Intelligenz und die Übersetzung von Theorien in Selbsthilfe immer besser werden, und ich halte es für nur logisch, dass das auch für die Tabakentwöhnung entwickelt wird.“ 2) „Das schimmernde Wunder der Möglichkeiten“: Technologie sei eine Ergänzung, die Effizienz und Unterstützung biete, aber in ihrer Tiefe begrenzt sei: „Wenn wir live mit Menschen chatten, ist es nicht dasselbe [wie ein Chatbot], aber einiges davon ist dasselbe. Mir ist sogar aufgefallen, dass heikle Themen dort leichter besprochen

werden, weil man kein Unbehagen hat, vor einem Therapeuten zu sitzen... Menschen fühlen sich manchmal wohler, wenn sie sehr persönliche Dinge anonym teilen, und Chatten vermittelt diese Art von Anonymität.“ 3) „Die Fußnoten zu Enthusiasmus“: Die TEE äußerten Bedenken hinsichtlich der Privatsphäre, der Inklusion und des Potenzials der Technologie, den menschlichen Kontakt zu ersetzen; und 4) „Der menschliche Anker“: die unersetzliche Rolle menschlicher Beziehungen und therapeutischer Arbeitsbündnisse, die digitale Werkzeuge möglicherweise nicht replizieren können. „Ein Chatbot kann die Emotion, das Gefühl, das mit etwas verbunden ist, nicht erfassen. Und wenn wir uns nicht mit diesen emotionalen Anteilen beschäftigen, werden wir nicht weiterkommen, wenn es darum geht, mit dem Rauchen aufzuhören. Ein Chatbot wird nicht in der Lage sein, das zu reflektieren. Man müsste mir das Gegenteil beweisen, würde ich sagen. Aber ich denke, das ist es, was uns menschlich macht, dass wir fühlen können, was wir uns einlassen können.“ Und ein weiteres Zitat zu diesem Thema: „Ich vermisse auch ein bisschen das menschliche Element in den Chatbots. Ich hoffe, dass wir nicht in ein Gesundheitssystem geraten, in dem es nur Roboter gibt, denn ich denke auch, dass der menschliche Aspekt sehr wichtig ist.“

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die befragten TEE der Meinung sind, dass mHealth-Interventionen die Unterstützung für einen Rauchstopp verbessern können, aber die von Menschen vermittelte Unterstützung nicht ersetzen sollten. Ein gemischter Ansatz, der digitale Tools in traditionelle therapeutische Beziehungen integriert, erscheine am vielversprechendsten. Die Berücksichtigung von Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes und der Grenzen digitaler therapeutischer Allianzen ist für eine erfolgreiche mHealth-Implementierung in der Tabakentwöhnung unerlässlich.

Wir hatten in diesem Newsletter oft schon 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 2024 weist mit 28,3 % Prävalenz (gleitender Mittelwert) einen leichten Rückgang, aber nach wie vor einen hohen Wert auf. Die ausgesprochen niedrige Quote von 7,6 % derjenigen Rauchenden, die mindestens einen ernsthaften Rauchstoppversuch in den letzten 12 Monaten unternommen haben, weist auf die Notwendigkeit hin, mehr Werbung für den Rauchstopp zu machen. Gelegenheit dazu bietet aktuell die Aktion „Rauchfrei im Mai“ (<https://www.rauchfrei-im-mai.de>), bei der Teilnehmende bis Ende April mit Tipps zur Vorbereitung auf ihren Start in die Rauchfreiheit und vom 1. bis zum 31. Mai mit täglichen Tipps und Inspirationen versorgt werden. Es gibt einen Hauptpreis (1 000 €) und weitere Geldpreise zu gewinnen (1 x 750 €, 2 x 500 €, 1 x 250 € und 5 x 200 €). Auch Personen, die andere bei ihrem Vorhaben unterstützen, können Geldpreise gewinnen. Mitmachen können alle, die mindestens 18 Jahre alt sind und zum Zeitpunkt der Anmeldung regelmäßig rauchen (Zigaretten, Zigarren, Pfeife oder Wasserpfeife), Tabakerhitzer oder E-Zigaretten nutzen.

In dieser für 2025 ersten Ausgabe unseres Newsletters werden drei neue Publikationen etwas ausführlicher besprochen. Zunächst werden Ergebnisse der Lung Health Study (LHS) zu den kurz- und längerfristigen Auswirkungen des Rauchstopps auf die psychische Gesundheit vorgestellt. In der zweiten Studie wurde der Frage nachgegangen, welche zusätzlichen Effekte eine Pharmakotherapie auf die Ausstiegsraten von hispanischen Erwachsenen hat, die im Rahmen zweier App-basierter Interventionen versucht hatten, mit dem Rauchen aufzuhören. Schließlich wird in

dem dritten besprochenen Papier ein etwas exotisch anmutender Ansatz zum Setting von Gruppenprogrammen untersucht: Ist es machbar, solche Gruppenangebote auch naturnah, also unter freiem Himmel durchzuführen und wenn ja, wie sind die ersten Ergebnisse dazu zu bewerten?

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 31.3–4.4.2025. Verkürzte Schulung: Oberursel, 24.–26.3.2025. Dresden 17.–19.5.2025. Fortbildung für Zertifikat für Onlinekurs 26.4.2025. Infos unter <https://rauchfrei-programm.de/schulungstermine>, Anmeldung bei braun@ift.de, Tel.: 089/36080491, Fax: 089/36 08 04 98

Curriculum „Ärztlich begleitete Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer

Die Qualifikationsmaßnahme für Ärztinnen und Ärzte besteht aus 6 Modulen und hat einen Umfang von 20 Stunden. Das fakultative Modul VI „Tabakentwöhnung mit strukturiertem Gruppenprogramm gemäß § 20 SGB V“ umfasst weitere 8 Stunden. Das Curriculum kann als Blended-Learning-Maßnahme durchgeführt werden. Auskünfte zum Curriculum unter Tel.: 030/4 00 45 64 22 oder dezernat2@baek.de. 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: 3.–4.4.2025 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

29. Tübinger Suchttherapietage (mit Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung) vom 2.–4.4.2025

Veranstalter: Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik, Sektion

Suchtmedizin und Suchtforschung, E-Mail: info@tuebingen-suchtttherapietage.de, <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/veranstaltungskalender/veranstaltung/3459>

4. SRNT Europe-Konferenz in Cluj Napoca, Rumänien vom 10.–12.9.2025

Programm und Anmeldung unter <https://srnt-e.org/conference/2025-annual-srnt-e-conference/overview>

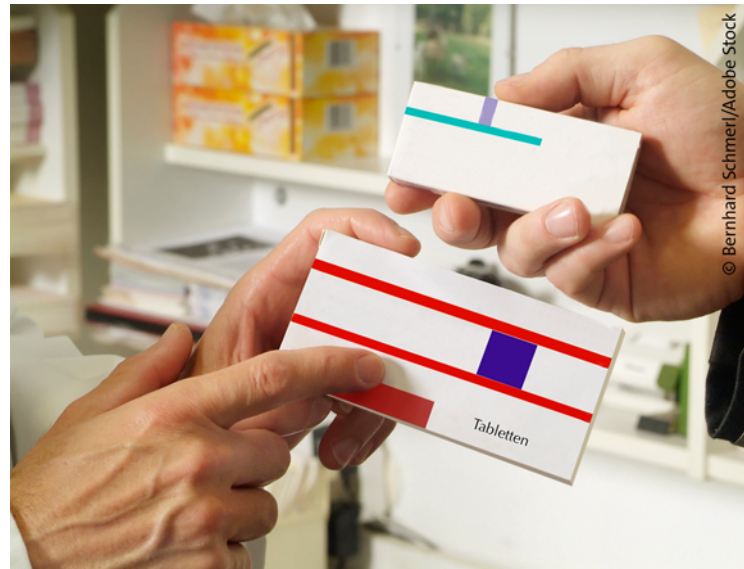
■ International

3. World Conference on Tobacco Control (früher: World Conference on Tobacco or Health, WCToH) in Dublin, 23.–25.6.2025

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

News

Der zur Behandlung der Tabakabhängigkeit zugelassene Wirkstoff Vareniclin ist inzwischen als Generikum auf dem Markt erhältlich.



Neue Publikationen

The effect of smoking cessation on mental health: Evidence from a randomized trial

Meckel K & Rittenhouse K (2025) *J Health Econ*, DOI: [10.1016/j.jhealeco.2025.102969](https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2025.102969)

■ Hintergrund

Das Paper untersuchte die Auswirkungen des Rauchstopps auf die psychische Gesundheit im Rahmen der Lung Health Study, einer randomisierten Studie mit etwa 6 000 Rauchenden, die zufällig einer von drei Gruppen zugewiesen worden waren (zwei Behandlungsgruppen und eine Kontrollgruppe) und über fünf Jahre hinweg beobachtet wurden.

■ Methode

Die Tabakentwöhnungsbehandlung begann im Jahr 1989; eine der Behandlungsgruppen erhielt zusätzlich einen Bronchodilatator, während die andere Behandlungsgruppe einen Placebo-Inhalator erhielt. Das Ausstiegsprogramm kombinierte mehrere Elemente, von denen angenommen wird, dass sie das Aufhören fördern, darunter: 1) ärztliche Aufklärung über die derzeitige Lungenfunktionsstörung und das künftige Krankheitsrisiko; 2) ein viermonatiges kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm mit 12 Sitzungen; 3) Unterstützung durch Familienmitglieder; und 4) Bereitstellung von Nikotinkaugummi für bis zu sechs Monate. Die Teilnehmenden wurden nach den Interventionen über fünf Jahre

hinweg jährlich nachverfolgt. Dies beinhaltete jährliche Interviews, Lungenfunktionstests und Speichelproben, um den Rauchstatus biochemisch zu validieren. In den jährlichen Interviews wurden die Teilnehmenden gebeten, das Ausmaß ihrer psychischen und physischen Beschwerden in den letzten vier Monaten anzugeben. Die Antworten wurden zu Skalen für psychische und physische Belastung zusammengefasst.

Die ermittelten Daten wurden mit komplexen statistischen Methoden analysiert, um die kausalen Effekte der Behandlung auf das Rauchverhalten und die psychische Gesundheit einzuschätzen, die hier nicht im Detail erläutert werden. Aus den fünf jährlichen Interviews wurden Ergebnisvariablen generiert, die das Rauchverhalten und die psychische Belastung ermitteln. Die Auswirkungen eines Rauchstopps variieren wahrscheinlich im Laufe der Zeit; kurzzeitige Entzugseffekte können sich von längerfristigen Verhaltens-, Gesundheits- oder Lebensstiländerungen unterscheiden. Daher wurden „kurzfristige“ und „langfristige“ Auswirkungen getrennt voneinander betrachtet. Kurzfristige Ergebnisse waren definiert als „im ersten Interview nach einem Jahr aufgetreten“, langfristige Ergebnisse als Durchschnitt über die Interviewjahre zwei bis fünf. Als „anhaltend aufgehört“ (sustained quit) wurden Teilnehmende gewertet, die bei allen fünf Follow-ups biochemisch validiert rauchfrei waren. Das zweite Maß für Rauchverhalten war die durchschnittliche Anzahl der Zigaretten pro Tag in den letzten 12 Monaten. Teilnehmende wurden gebeten, die Anzahl der pro Tag gerauchten Zigaretten für jeden der letzten Monats-Abschnitte separat anzugeben; aus diesen Angaben wurde der Mittelwert berechnet. Für die langfristigen Ergebnisse wurde dann der Durchschnittswert dieser Ergebnisse über die Interviewjahre 2 bis 5 berechnet.

Bei den Folgeinterviews gaben die Teilnehmenden an, in welchem Ausmaß sie jeweils in den letzten vier Monaten beunruhigt waren und an welchen von 26 unterschiedlichen psychischen und physischen Belastungen sie litten (Ausmaß 0 = gar nicht bis 3 = schwer). Aus der Summe wurde ein Belastungswert für die psychische Gesundheit insgesamt gebildet. Diese selbst kreierte Skala der psychischen Belastung ähnelt anderen psychiatrischen Bewertungsskalen, ist aber kein validiertes Maß für psychische Gesundheit, auch wenn es stark mit zwei häufig verwendeten und validierten Skalen (Kessler Psychological Distress Scale, K-10 und General Anxiety Disorder, GAD-7) korreliert und zusätzlich bei einer externen Stichprobe validiert wurde.

Um zusätzlich erfassen zu können, ob die Behandlung in verschiedenen Teilen der Verteilung der psychischen Gesundheit heterogene Auswirkungen hat, wurden die zusätzlichen Indikatorvariablen „Mild oder stärker“ und „Mittel oder stärker“ gebildet.

■ Ergebnisse

Die Behandlungen erhöhten die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person zum Zeitpunkt des ersten Follow-up-Interviews rauchfrei war (26,2 % vs. 9,2 % in der Kontrollgruppe). Teilnehmende in den Behandlungsgruppen rauchten im Schnitt 12,6 Zigaretten weniger pro Tag als der Durchschnitt der Kontrollgruppe. Langfristig lag die anhaltende Abstinenzquote in den Behandlungsgruppen um mehr als 17 % höher als bei Kontrollen (22,4 % vs. 5,4 %); in den Behandlungsgruppen wurden insgesamt 8,3 Zigaretten weniger pro Tag geraucht.

In der ersten jährlichen Nachuntersuchung, die kurz nach dem Ende des Entwöhnungsprogramms stattfand, wurde ein Anstieg der

psychischen Belastung festgestellt. Es gab eine zehnpromtente Zunahme auf der Belastungsskala insgesamt, eine achtpromtente Zunahme des Anteils der Bedingungen mit „milder“ oder stärkerer Belastung und eine zwölfpromtente Zunahme des Anteils der Bedingungen mit „moderater“ oder stärkerer Belastung. Jeder dieser Effekte ist statistisch signifikant und robust gegenüber Korrekturen bei Tests mit mehreren Hypothesen. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein Rauchstopp kurzfristig zu einer Zunahme der psychischen Belastung führte, möglicherweise aufgrund der Umstellungsprobleme infolge des Nikotinentzugs.

Über die Jahre 2 bis 5 der Nachuntersuchungen hinweg zeigte sich hingegen, dass die Zuordnung zu den Behandlungsgruppen den Anteil der Bedingungen mit „milder“ oder stärkerer Belastung um 6 % ($p < 0,05$) reduzierte. Auch der Anteil der „moderaten“ oder stärkeren Belastung ging zurück, wenn auch nur in geringem Ausmaß und nicht statistisch signifikant. Daraus lässt sich ableiten, dass Tabakentwöhnung mildere Formen der psychischen Belastung auf lange Sicht reduziert. Die Effekte auf der gesamten Belastungsskala waren ähnlich groß, aber statistisch nicht signifikant. Langfristig führte ein Rauchstopp also zu einer bedeutsamen Verringerung milderer Formen der psychischen Belastung, insbesondere der Schlaflosigkeit.

Weiterhin wurden die Auswirkungen der Zuweisung zum Entwöhnungsprogramm u. a. auf die körperliche Belastung, den Body-Mass-Index (BMI) und Substanzmittelgebrauch untersucht. Es gab zwar kurzfristig einen Anstieg von körperlichen Belastungen wie überschüssigem Speichel, Schluckauf, Reizungen und Geschwüren im Mund, aber auch eine sofortige und langanhaltende Verbesserung bei Brustbeschwerden, Kopfschmerzen, Herzrasen, Verdauungsproblemen

und Hals- und Rachenentzündungen. In Bezug auf den BMI wurde festgestellt, dass die Zuordnung zur Behandlungsgruppe den BMI kurzfristig um 0,6 Punkte und langfristig um 0,5 Punkte erhöht. Mögliche Hypothesen dazu sind, dass 1) ein Rauchstopp die kurzfristige Gewichtszunahme erhöht, oder 2) ein Rauchstopp die psychische Belastung erhöht, was zu mehr Gewichtszunahme führt, oder 3) ein Rauchstopp den BMI und die psychische Belastung über separate Kanäle erhöht. Es ist jedoch wenig wahrscheinlich, dass die langfristige Verringerung der psychischen Belastung hauptsächlich auf die nicht mehr weiter zu beobachtende Gewichtszunahme zurückzuführen ist.

Wenn auch für die körperliche Belastung ein Summenscore gebildet wurde, ging die körperliche Belastung kurzfristig insgesamt um 5,3 % im Vergleich zum Mittelwert der Kontrollgruppe zurück; dieser Effekt schließt eine kurzfristige Verschlechterung der allgemeinen körperlichen Befindlichkeit aus. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass psychische Belastungen kurzfristig ein größeres Hindernis für den Rauchstopp darstellen als körperliche Symptome. Auf lange Sicht verringerte die Behandlung die körperlichen Beschwerden um 12,3 % im Vergleich zum Mittelwert der Kontrollgruppe. Es gab keine auffälligen Effekte auf den Alkoholkonsum oder die Einnahme von Psychopharmaka.

■ Diskussion

Zunächst wurde bestätigt, dass die randomisierte Zuweisung zum Entwöhnungsprogramm zu einem starken Anstieg der Aufhörquote führt. Der Behandlungseffekt über alle fünf jährlichen Follow-up-Interviews beträgt 17 Prozentpunkte, was einem Anstieg von 309 % gegenüber der Quote in der Kontrollgruppe entspricht; hierbei handelt es sich um biochemisch verifizierte Angaben.

Wie zu erwarten war, erleben Teilnehmende, die dem Entwöhnungsprogramm zugeteilt wurden, kurzfristig ein höheres Maß an Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, Nervosität und anderen psychischen Belastungen, was aller Wahrscheinlichkeit nach auf Entzugserscheinungen zurückzuführen sein dürfte. Langfristig hingegen erleben sie eine signifikante Verringerung von Schlafstörungen und eine statistisch nicht signifikante Verringerung der Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen und Nervosität, also eine Reduktion milder psychischer Belastungen insgesamt.

Der kausale Zusammenhang zwischen Rauchen und psychischer Gesundheit ist nicht abschließend geklärt. Drei Hypothesen für diesen Zusammenhang stehen im Raum: 1) Rauchen verschlechtert die psychische Gesundheit; 2) eine schlechte psychische Verfassung erhöht die Wahrscheinlichkeit zu rauchen; und 3) es gibt keinen kausalen Zusammenhang; stattdessen spielen andere gemeinsame Risikofaktoren eine Rolle. In dieser Untersuchung erhöhte die Zuweisung zum Entwöhnungsprogramm die psychische Belastung kurzfristig. Diese unerwünschten Auswirkungen des Aufhörens auf die psychische Gesundheit stellen ein bedeutendes Hindernis für langfristige Abstinenz dar. Auf lange Sicht hingegen reduziert die Aufnahme in das Entwöhnungsprogramm mildere Formen der psychischen Belastung. Dies spricht für die Hypothese, dass Rauchen die psychische Gesundheit auf Dauer eher verschlechtert.

Professionelle Behandlungsmaßnahmen decken nur die ersten Monate nach Rauchstopp ab. Möglicherweise ließen sich die unerwünschten kurzfristigen Auswirkungen auf die psychische Verfassung mildern, wenn Behandlungsmaßnahmen ergänzende Angebote zur Stabilisierung der psychischen Gesundheit bereitstellen würden. Die bisher

unternommenen Bemühungen, Standardbehandlungen durch die Hinzunahme von Stressbewältigung, Entspannungstraining, Mood Management oder eine Verlängerung der psychotherapeutischen Unterstützung zu optimieren, waren allerdings nur in bescheidenem Umfang von Erfolg gekrönt.

Evaluating the impact of pharmacotherapy in augmenting quit rates among Hispanic adults in an app-delivered smoking cessation intervention: Secondary analysis of a randomized controlled trial

Santiago-Torres M, Mull KE, Sullivan BM, Cupertino AP, Salloum RG, Triplette M, Zvolensky MJ & Bricker JB (2024) JMIR Form Res, DOI: 10.2196/69311

■ Hintergrund

Diese Arbeit untersuchte die Auswirkungen zusätzlicher Nutzung von Pharmakotherapie auf die Ausstiegsraten bei hispanischen Erwachsenen im Rahmen einer App-gestützten Intervention zur Tabakentwöhnung. Während die Kombination von Pharmakotherapie und Verhaltensinterventionen als beste Behandlungs-Praxis gilt, ist dies bei App-basierten Interventionen und spezifischen Zielgruppen bislang nicht gesichert. Für diese Sekundäranalyse wurden Daten aus einer randomisierten kontrollierten Studie verwendet, in der die Wirksamkeit von zwei auf unterschiedlichen Wirkprinzipien basierenden Ausstiegs-Apps (ICanQuit, basierend auf der Akzeptanz- und Commitment-Therapie – ACT – und QuitGuide, basierend auf kognitiver Verhaltenstherapie; für Details zur Originalarbeit siehe Newsletter Nr. 80) untersucht worden waren. Von Interesse waren potenzielle Wechselwirkungen von Pharmakotherapie-Anwendung und Interventionsarm auf die

12-monatige Abstinenz sowie die Frage, ob die Verwendung von Nikotinersatztherapie (NET), Vareniclin oder Bupropion die Wirksamkeit der App-basierten Intervention verbesserten.

■ Methode

Die Rekrutierung erstreckte sich von Mai 2017 bis September 2018. Teilnehmende wurden nach dem Zufallsprinzip der iCanQuit oder dem QuitGuide zugewiesen. Die Follow-ups bestanden in webbasierte Befragungen nach drei, sechs und 12 Monaten. Von den 2 415 Teilnehmenden in der iCanQuit-Gruppe stellten 173 hispanische oder lateinamerikanische Teilnehmende Daten zur Pharmakotherapie zur Verfügung. Bei dem Drei-Monats-Follow-up wurde erfragt, ob NET oder andere Pharmakotherapien zur Unterstützung eingesetzt wurden. Vareniclin oder Bupropion wurden als Pharmakotherapie, Kaugummi, Pflaster, Lutschtablette oder Inhaler als NET eingestuft. Um die Abstinenz des Zigarettenrauchens nach 12 Monaten zu beurteilen, wurden die Teilnehmenden gefragt, wann sie das letzte Mal eine Zigarette geraucht oder probiert hatten. Primärer Endpunkt war eine 30-tägige Abstinenz. Es wurden Komplet-Fallanalysen und Sensitivitätsanalysen mit multiplen Imputationen fehlender Werte durchgeführt. Als weitere Endpunkte fungierten irgendeine Art des Nikotinkonsums (Zigaretten, E-Zigaretten, Kautabak, Snus, Wasserpfeifen, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen und Kreteks) und anhaltende Abstinenz.

■ Ergebnisse

Hispanische Teilnehmende wurden aus 30 US-Bundesstaaten rekrutiert und waren durchschnittlich 34,5 Jahre alt. 50,9 % (88/173) waren weiblich und 20,2 % (35/173) identifizieren sich als sexuelle oder geschlechtliche Minderheit. 46,8 % hatten höchstens einen High-School-Abschluss und 42,8 % verfügten

über ein jährliches Haushaltseinkommen von 20 000 US-Dollar oder weniger. Psychische Erkrankungen waren bei mehr als der Hälfte der untersuchten Personen diagnostiziert worden, 19 % berichteten von einer bipolaren Störung oder Schizophrenie. Der Durchschnittskonsum lag bei etwas mehr als 16 Zigaretten pro Tag, und ein Viertel betrieb „dual use“ (Tabak- und E-Zigaretten).

Beim Drei-Monats-Follow-up hatten 22 % (38/173) der Teilnehmenden zusätzlich Pharmakotherapie (NET, Vareniclin oder Bupropion) genutzt. Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Anwendung von Pharmakotherapien zwischen den Behandlungsarmen (iCanQuit: 19,5 % vs. QuitGuide 24,2 %; $p=0,41$). Drei von vier Teilnehmenden (28/38) hatten NET genutzt, zehn Personen eine Kombination aus NET und Medikamenten (Vareniclin oder Bupropion). Nach 12 Monaten wurden mit 94 % fast alle Teilnehmenden wieder erreicht.

Es wurde eine grenzwertig auffällige Interaktion zwischen Interventionsarm und Nutzung von Pharmakotherapien auf die 12-monatige Abstinenzquote ermittelt ($p=0,053$). Im iCanQuit-Arm lag die ITT-Abstinenzquote mit Pharmakotherapie bei 43,8 % (7/16) gegenüber 28,8 % (19/66) ohne zusätzliche Pharmakotherapie. Im Gegensatz dazu lagen die Abstinenzquoten im QuitGuide-Arm mit Pharmakotherapie bei 9,1 % (2/22) und ohne zusätzliche Pharmakotherapie bei 21,7 % (15/69). Wenn ausschließlich NET als Pharmakotherapie genutzt wurde, waren die Unterschiede nicht statistisch signifikant ($p=0,09$), aber in etwa gleichstark ausgeprägt: Im iCanQuit-Arm lagen die Abstinenzquoten nach 12 Monaten bei 45,5 % bei NET-Nutzenden versus 28,8 % bei Nicht-Nutzenden, im QuitGuide-Arm bei 11,8 % für Nutzende vs. 21,7 % bei Nicht-Nutzenden. Ähnliche, nicht signifikant

unterschiedliche Ergebnisse wurden für die sekundären Outcomes ermittelt.

■ Diskussion

Dieses Papier zielte darauf ab, Wissenslücken zur Wirksamkeit von Rauchstopp-Apps in Kombination mit Pharmakotherapie bei einer Zielgruppe zu schließen, die dazu neigt, evidenzbasierte Interventionen eher selten zu nutzen. Es handelte sich bei den hispanischen Erwachsenen in dieser Studie um eine stark belastete Stichprobe; die Fallzahlen der Pharmakotherapie-Nutzenden sind klein.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die selbstgewählte, zusätzliche Anwendung von Pharmakotherapien die 12-Monats-Abstinenzquoten zwar im iCanQuit-Arm verbesserte, aber nicht bei den Teilnehmenden des QuitGuide-Arms. Diese unterschiedliche Wirkung von Pharmakotherapie legt die Vermutung nahe, dass die Kombination von Pharmakotherapie mit einer ACT-basierten App synergetisch geholfen haben könnte, starkes Rauchverlangen rauchfrei zu bewältigen. Es erscheint plausibel, dass Pharmakotherapie kurzfristig Entzugssymptome mildert, während die Strategien, die iCanQuit vermittelt, Abstinenz auf lange Sicht erleichtert hat. Die auf klassisch-verhaltenstherapeutisch fundierte QuitGuide-App erwähnt die Pharmakotherapie ebenfalls, und es gibt kaum plausible Hypothesen, warum Teilnehmende des QuitGuide-Arms von dem Einsatz einer Pharmakotherapie nicht profitieren konnten.

Etwas überraschend ist auch, dass die in dieser Arbeit berichteten Ergebnisse im Widerspruch stehen zu den Ergebnissen einer im Newsletter Nr. 89 besprochenen Studie zu einer ACT-basierten Telefonberatung: Dort profitierten Teilnehmende, die keine NET verwendet hatten, bei der 12-monatigen Nachuntersuchung (30-Tage PPA) mit 31,0 %

Abstinenz eher von ACT als von einer Standard-Telefonberatung (23,3 %), wobei auch diese Unterschiede nicht signifikant waren.

In der Tabakentwöhnung muss man mit schwer erklärbaren Resultaten rechnen, wie schon Timothy Baker bei seiner Dankesrede für die Auszeichnung mit dem Ove-Fernö Award ausgeführt hatte: In seinem Beitrag „What I Think I Know, and What I Don’t“ berichtete er von den Schwierigkeiten, die tatsächlich wirksamen Ingredienzien von „Beratung“ zu erforschen, und dass wir nach wie vor nicht wüssten, welche Beratungsinhalte genau und über welche Mechanismen wirken würden.

Intensive smoking cessation intervention in a nature-based setting: A feasibility study of the Danish gold standard program

Liljendahl MS, Staal S & Tønnesen H (2025)

Front Public Health 12: 1470820, DOI: 10.3389/fpubh.2024.1470820

■ Hintergrund

Die Popularität naturbasierter Interventionen hat in den letzten Jahren zugenommen. Deren Umsetzung bei Personen mit chronischen Erkrankungen hat sich bezüglich der Verbesserung psychologischer und physiologischer Parameter als positiv erwiesen, unter anderem bei Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Es konnte auch gezeigt werden, dass die Betrachtung von Landschaftsbildern zur Verringerung des Rauchens beitragen konnte, wenn auch das Potenzial für die Integration naturbasierter Elemente in die Behandlung der Tabakabhängigkeit noch wenig erforscht ist.

In Dänemark wurde 1995 das 6-wöchige Intensivprogramm Gold Standard (GSP) entwickelt und wird nach wie vor landesweit

umgesetzt. Die Wirksamkeit des GSP hat sich in randomisierten Studien und der realen Versorgung als hoch erwiesen. So hat etwa die Hälfte der Teilnehmenden am Ende des Programms und jeder dritte nach sechs Monaten erfolgreich mit dem Rauchen aufgehört. Das manualbasierte Programm wird in etwa 100 Beratungsstellen in Gruppen oder einzeln kostenlos angeboten und beinhaltet auch kostenlose pharmakologische Unterstützung. Das Ziel dieser Studie liegt darin, die Machbarkeit der Integration des intensiven GSP in ein naturbasiertes Umfeld zu untersuchen.

■ Methode

Patientinnen und Patienten (PuP) wurde in den Beratungsstellen das Angebot eines GSP in einem naturnahen Umfeld präsentiert. Die PuP konnten dann frei wählen, ob sie an dem Standardprogramm oder dem naturnahen Angebot teilnehmen möchten.

Das Konzept und die Zielpopulation waren für beide Bedingungen sehr ähnlich. Das naturnahe Angebot erforderte jedoch die Fähigkeit, etwa 2 km zu Fuß gehen zu können, wodurch Personen mit eingeschränkter Gehfähigkeit ausgeschlossen waren. Vorteile des naturnahen GSP waren zusätzliche physische Aktivität, Auseinandersetzung mit der Natur und frische Luft, aber auch Herausforderungen durch unterschiedliche Wetterbedingungen. Obwohl es sich um ein Gruppenformat handelt, gingen die PuP während der Therapie oft in Zweiergruppen. Die Treffpunkte lagen außerhalb eines offenen Waldes mit geeignetem Wandergelände. Beim Gehen erläuterte die Kursleitung Grundregeln wie Vertraulichkeit und offene Dialoge. Laminierte Fragekarten für die Teilnehmenden wurden ausgegeben, um einen gleichberechtigten Dialog zu fördern. Input gab es sowohl von der Kursleitung an die Teilnehmenden als auch zwischen den

Teilnehmenden. Die Natur wird symbolisch genutzt, um die Herausforderungen und Probleme zu veranschaulichen. So nutzen die Kursleitungen aktiv die Naturumgebung, um den verbesserten Geruchssinn und andere sensorische Erfahrungen bewusst zu machen. Das Gehen und Sprechen zu zweit kann eine Vertraulichkeit schaffen, die den Umgang mit Herausforderungen und Vorteilen während des Veränderungsprozesses fördert. Psychoedukative Komponenten wurden in den Gehpausen eingebracht, ebenso wie die Nikotinersatztherapie. Beim zweiten Treffen wurden die verschiedenen Präparate gezeigt, und die Teilnehmenden entschieden, ob und was sie davon nutzen wollten. Die kostenlose Lieferung der Nikotinersatztherapie wurde mit den örtlichen Apotheken koordiniert.

Insgesamt entschieden sich 90 Raucherinnen und Raucher zwischen 2018 und 2023 für die Teilnahme an der naturbasierten intensiven 6-wöchigen GSP anstelle der Standardbehandlung. Teilnehmende wurden am Ende des Programms und nach sechs Monaten nachverfolgt. Verglichen wurden diese Ergebnisse mit denen aller anderen Raucherinnen und Raucher, die im gleichen Zeitraum an der Standard-GSP teilgenommen hatten (N = 56 480).

Zur Baseline hatten Teilnehmende der naturbasierten GSP häufiger Nikotinersatztherapie in Anspruch genommen, mehr Packungsjahre, höhere Fagerström-Werte, waren häufiger männlichen Geschlechts, weniger gebildet und hatten eine höhere Arbeitslosenquote im Vergleich zur Standard-GSP. Die Machbarkeit wurde durch mehrere Prozess- und Wirkungsindikatoren beschrieben. Der primäre Endpunkt war die kontinuierliche Abstinenz nach sechs Monaten. Bei den anderen Indikatoren handelte es sich um Compliance-Variablen, den erfolgreichen Ausstieg am Ende des Programms und die Zufriedenheit damit.

■ Ergebnisse

Der Therapieerfolg wurde definiert als vollständige Rauchabstinenz am Ende der 6-wöchigen Intervention und eine kontinuierliche Abstinenz bei der sechs Monats-Nachbefragung. Informationen zum Rauchstatus der Teilnehmenden wurden von der dänischen Telefonberatung oder anderen geschulten Mitarbeitenden mittels strukturierter Interviews eingeholt. Die Teilnehmenden wurden dazu bis zu 4-mal kontaktiert.

Andere Erfolgs-Indikatoren waren die Teilnahme an den Treffen (mindestens 75 %) und die Zufriedenheit mit der Intervention, gemessen auf einer Likert-Skala von 1 bis 5 und bei einer Angabe von 4 oder mehr Punkten als hoch eingestuft.

Analysiert wurde nach Intention-to-Treat (ITT) und nach Protokoll (complete cases). Die

Stichprobengröße für das naturnahe GSP war zu klein für weitere detaillierte Analysen.

Die kontinuierlichen Erfolgsquoten nach sechs Monaten unterschieden sich nicht zwischen der naturnahen und der Standard-Intervention, weder nach ITT (43 % versus 37 %) noch nach der Analyse nach Protokoll (46 % versus 44 %). Entsprechend lag der Effektschätzer bei 1,25 (KI = 0,80–1,94). Auch bezüglich der anderen Indikatoren lagen die beiden Bedingungen eng beieinander. Die Compliance in der naturnahen Gruppe lag mit etwa 70 % leicht über der der Standardbehandlung, und in beiden Gruppen gaben knapp 90 % eine hohe Zufriedenheit an.

■ Diskussion

In dieser Studie wurde die Durchführbarkeit einer evidenzbasierten intensiven Behandlungsmaßnahme in einem naturbasierten Setting getestet und dabei gezeigt, dass die Durchführung des intensiven 6-wöchigen GSP in diesem Setting machbar ist. Die Erfolgsquoten am Ende des Programms und bei der 6-monatigen Nachbeobachtung sowie die Compliance und Zufriedenheit waren ähnlich wie die durchaus guten Ergebnisse der Standardbehandlung. Das naturnahe Interventionssetting wurde sowohl von den Teilnehmenden als auch den Therapeutinnen und Therapeuten gut angenommen.

Die praktischen Aspekte bei der Umsetzung des naturbasierten GSP unterscheiden sich jedoch erheblich von der Standardbehandlung. Die Kursleitungen mussten alle notwendigen Geräte und Vorräte für die Teilnehmenden mitbringen, die Wetterbedingungen berücksichtigen und in der Lage sein, zu Fuß zu gehen und mit der lokalen Natur und ihrer Geschichte vertraut zu sein. Paarweise Gespräche der Teilnehmenden untereinander erfordern möglicherweise mehr Aufmerksamkeit der Kursleitung, wenn sie nicht

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:
Prof. Dr. Ute Mons

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

optimal funktionieren. Ein Interesse, bei den jeweiligen Meetings einige Kilometer zu Fuß zu gehen, könnte darauf hindeuten, dass die Teilnehmenden im Vergleich zur Gesamtbevölkerung insgesamt gesünder sind, was möglicherweise zu besseren Entwöhnungsquoten beiträgt. Andererseits waren im naturbasierten Setting mehr stark Rauchende und solche mit sozioökonomischen Nachteilen vertreten.

Es müssen auch andere mögliche Verzerrungen berücksichtigt werden wie höhere Motivation, da nur interessierte Personen an der naturnahen Intervention teilgenommen haben. Die geringe Stichprobengröße im naturbasierten

Setting ließ es nicht zu, potenzielle Störfaktoren zu berücksichtigen, so dass eine Verallgemeinerung oder die Anwendbarkeit der Ergebnisse auf andere Populationen oder Umgebungen eingeschränkt ist. Machbarkeitsstudien sind oft darauf ausgelegt, eine Intervention in kleinerem Maßstab mit begrenzter statistischer Aussagekraft zu testen, um zu beurteilen, ob sie in einem bestimmten Umfeld im Vergleich zur üblichen Praxis wirksam durchgeführt werden kann. Daher müsste die Wirkung naturbasierter Interventionen zur Tabakentwöhnung in umfangreicheren Studien mit methodisch anspruchsvollen Designs wie Kohorten oder randomisierten Kontrollgruppen verifiziert werden.