

Newsletter Tabakentwöhnung

Nr. 99, Juli 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

Es gab seit der ersten Ausgabe dieses Newsletters vor 20 Jahren nur wenige Gelegenheiten, an dieser Stelle über erfreuliche Entwicklungen bezüglich der Anerkennung der Tabakabhängigkeit als behandlungsbedürftige Erkrankung zu berichten. Jetzt aber gibt es Anlass dazu: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 15. Mai 2025 in einer Pressemitteilung Details des neuen Leistungsanspruchs auf Arzneimittel zur Tabakentwöhnung definiert. Danach können gesetzlich Versicherte, die unter einer schweren Tabakabhängigkeit leiden und an einem evidenzbasierten Programm zur Tabakentwöhnung teilnehmen, künftig unterstützend auch Arzneimittel erhalten. Verordnungsfähig werden sollen Präparate mit den Wirkstoffen Nikotin und Vareniclin. Zudem wurde definiert, wann eine schwere Tabakabhängigkeit vorliegt und welche Anforderungen Programme erfüllen müssen, damit sie als evidenzbasiert gelten. Der Beschluss des G-BA tritt allerdings erst nach rechtlicher Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Kraft. Dass nur die beiden o. g. Wirkstoffe verordnungsfähig werden sollen, wurde damit begründet, dass für die Wirkstoffe Bupropion und Cytisin nicht die erforderlichen Daten vorgelegt wurden, um deren Nutzen bei schwerer Tabakabhängigkeit beurteilen zu können. Für die Beurteilung des Kriteriums einer schweren Tabakabhängigkeit müsse ausgehend von der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak;

Inhalt

| | |
|-------------------------------------|---|
| Editorial | 1 |
| Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung | 3 |
| Neue Publikationen | 4 |

Abhängigkeitssyndrom“ von Ärztinnen oder Ärzten der Fagerströmtest für Zigarettenabhängigkeit (FTZA) herangezogen werden. Ab einem Punktwert von 6 sei von einer schweren Abhängigkeit auszugehen. Zudem sei dann von einer schweren Tabakabhängigkeit auszugehen, wenn ein Tabakverzicht trotz bestehender Risikokonstellationen wie COPD/ Asthma oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht gelinge. Als Kassenleistung können nikotinhaltige Arzneimittel – also Nikotinersatztherapie (NET) und Vareniclin verordnet werden. Eine Kombination der beiden Wirkstoffe wäre aber weiterhin von der Verordnung ausgeschlossen.

Drei Monate nach Behandlungsbeginn müsse ärztlicherseits geprüft werden, ob eine medikamentöse Unterstützung weiterhin notwendig ist. Im Falle eines Rückfalls besteht frühestens nach drei Jahren erneut Anspruch auf eine solche Verordnung.

Als evidenzbasierte Programme zur Tabakentwöhnung hat der G-BA im Wesentlichen die Kriterien der bestehenden Präventionsprogramme zugrunde gelegt (§ 20 Absatz 4 Nummer 1 SGB V). So muss beispielsweise

Hintergrundwissen zum Rauchverhalten und zur Tabakentwöhnung vermittelt werden. Weitere Anforderungen betreffen die Methodik und Dauer des Programms sowie die Qualifikation der Kursleitung bei Präsenz- und Onlinekursen. Für digitale Programme gelten die Anforderungen, die den Vorgaben für digitale Angebote zur Prävention als auch dem derzeitigen gesetzlichen Rahmen für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) entsprechen. Die Präsenz- und Onlinekurse sowie digitalen Programme der gesetzlichen Krankenkassen, die die Anforderungen erfüllen, sind im Verzeichnis der Zentralen Prüfstelle Prävention recherchierbar (<https://portal.zentrale-pruefstelle-praevention.de>). DiGAs zur Tabakentwöhnung werden auf der Website des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte gelistet (<https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>).

In den Beschluss eingeflossen seien auch Aspekte aus dem Stellungnahmeverfahren. So hatten u.a. auch Mitglieder des WAT in ihren Stellungnahmen kritisch angemerkt, dass die Bewertung der Tabakabhängigkeit und des einzuschätzenden Mehrwerts einer Arzneimitteltherapie komplexer sei als ein willkürlicher Schwellenwert auf einem Fragebogen. Es liege in der Bewertung des/der behandelnden Hausarztes/Hausärztin im Rahmen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung und unter Berücksichtigung der individuellen Situation von Patientinnen und Patienten (PuP), ob eine Arzneimitteltherapie zur Behandlung der Abhängigkeit indiziert ist. Es bestünde die Gefahr, dass durch Einsatz eines Schwellenwertes PuP ausgegrenzt würden, für die eine Arzneimitteltherapie durchaus sinnvoll wäre.

Eine Einengung auf die Zielgruppe der „schwer“ tabakabhängigen PuP laufe dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand zum Zusammenhang tabakbedingter Folgeschäden mit dem

Tabakkonsum und der Tabakabhängigkeit zuwider: Folgen des Rauchens seien nicht monokausal auf die schwere Abhängigkeit, sondern auf die Intensität des Konsums und die individuellen Konsumgewohnheiten (z. B. inhalatives vs. non-inhalatives Rauchen) im Rahmen einer Abhängigkeit sowie die individuelle Vulnerabilität (z. B. aufgrund einer somatischen Komorbidität oder genetischen Disposition) zurückzuführen. Darüber hinaus sei durch die mit dem Gesetzentwurf vorgenommene Einengung auf die medikamentöse Unterstützung des Rauchstopps die Komplexität der Behandlung abhängiger Rauchender ignoriert worden.

Nach Ansicht des Redaktionsteams stellt die Möglichkeit zur Verordnung wirksamer medikamentöser Hilfen einen Schritt in die richtige Richtung dar. Es bleibt zu hoffen, dass der Beschluss bald umgesetzt werden kann.

Im letzten Newsletter hatten wir an dieser Stelle auch auf die Aktion „Rauchfrei im Mai“ hingewiesen, bei der Teilnehmende mit Tipps zur Vorbereitung und Aufrechterhaltung versorgt wurden und diverse Preise gewinnen konnten. In diesem Jahr konnten 21 110 Personen und damit mehr als dreimal so viele Menschen wie im Jahr davor für die Teilnahme gewonnen werden,

In dieser für 2025 zweiten Ausgabe unseres Newsletters werden vier neue Publikationen besprochen. Zunächst werden Ergebnisse einer Studie präsentiert, die Gründe für das Rauchen und Barrieren für einen Rauchstopp sowie Präferenzen für ein Tabakentwöhnungsprogramm in Kombination mit Bewegung bei Rauchenden mit psychischen Problemen untersuchte. In der zweiten Studie wurde der Frage nachgegangen, inwieweit die höhere Wirksamkeit von Vareniclin bei Frauen im Vergleich zu Männern über Mediatoren wie geringeres Rauchverlangen, weniger negative Affekte

oder Rauchzufriedenheit in den ersten Wochen der Medikamenteneinnahme vermittelt wird. Danach folgt ein Artikel, in dem die Rate der Gewichtszunahme unter Verwendung täglicher E-Waagen-Daten nach einem Rauchstopp untersucht wurde. Schließlich wird in dem vierten besprochenen Artikel exploriert, ob erfolglos verlaufende Ausstiegsversuche, die mit Schuldgefühlen und Frustration einhergehen können, messbare Auswirkungen auf

die psychische Gesundheit, insbesondere auf depressive und Angst-Symptome haben.

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 des BIÖG 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. Verkürzte Schulung: München, 9.–11.07.2025. 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: 21.–22.11.2025. Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen. Information und Anmeldung: Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen, Sylwia Mleczo, Tel.: 07071/2 98 23 13, E-Mail: sylwia.mleczo@med.uni-tuebingen.de

Kongresse/Tagungen

■ National

Deutscher Suchtkongress 2025 in Berlin vom 22.–24.9. 2025

Infos und Anmeldung unter <https://www.suchtkongress.org>. Frühbucherrabatt bis 11.7.2025

6. Tabakfachtagung vom 17.–18.10.2025 in München

Infos und Anmeldung unter <https://rauchfrei-programm.de/schulungstermine>

■ International

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>



Neue Publikationen

Smoking cessation and exercise: Perspectives from smokers with and without mental health problems

Schöttl SE, Scheibner L, Frühauf A, Kopp-Wilfling P, Edlinger M, Holzner B & Kopp M (2025) *Front Public Health* 13: 1589719, DOI: 10.3389/fpubh.2025.1589719

■ Hintergrund

Die professionellen Angebote zur Tabakentwöhnung, ursprünglich für die Allgemeinbevölkerung entwickelt, werden auch bei Personen mit psychischen Problemen (mental health problems, MHP) eingesetzt. Um besser auf die Bedürfnisse von Rauchenden mit MHP eingehen zu können, lohnt es sich in Erfahrung zu bringen, was sie daran hindert, mit dem Rauchen aufzuhören und wodurch die Aufhörtmotivation erhöht werden könnte. Nur wenige Studien haben bislang umfassend die unterschiedlichen Bedarfe von Rauchenden mit und ohne MHP verglichen. Darüber hinaus gibt es auch eine Lücke in der Literatur zu bewegungsgestützten

Tabakentwöhnungsprogrammen; es fehlt an Studien zu Präferenzen für ein Tabakentwöhnungsprogramm in Kombination mit Bewegung bei Personen mit und ohne MHP. Daher verfolgte diese Studie einer Arbeitsgruppe aus Innsbruck zwei Ziele: Erstens, die Gründe für das Rauchen, Barrieren, Motivation und Unterstützung zur Tabakentwöhnung umfassend zu untersuchen, und zweitens, Präferenzen für ein Tabakentwöhnungsprogramm in Kombination mit Bewegung bei Rauchenden mit selbstberichteter MHP im Vergleich zu Rauchenden ohne MHP zu identifizieren

■ Methode

Es wurde eine Online-Befragung durchgeführt, um die Präferenzen für ein bewegungsunterstütztes Tabakentwöhnungsprogramm, Gründe für das Rauchen, Barrieren, Motive und Unterstützungsbedarfe für eine Tabakentwöhnung zu ermitteln. Insgesamt nahmen 257 Rauchende daran teil, wovon 82 von psychischen Problemen berichteten. Die Online-Umfrage richtete sich an Personen,

die mindestens für ein Jahr lang täglich geraucht haben und 18 Jahre oder älter waren. Die Online-Befragung wurde über eine Vielzahl gezielter Kanäle innerhalb der deutschsprachigen Community beworben, um Personen anzusprechen, die sich speziell für die Tabakentwöhnung interessieren.

Die Befragung bestand aus vier Abschnitten: (1) Soziodemographische Daten, Gesundheits- und Bewegungsverhalten (PA), (2) rauchbezogene Merkmale der Teilnehmende, (3) Gründe für das Rauchen, Barrieren, Motive und Unterstützung zur Tabakentwöhnung, (4) Präferenzen für ein Tabakentwöhnungsprogramm und Präferenzen für Bewegung in Kombination mit Tabakentwöhnung.

Die Befragten konnten Gründe für ihr Rauchverhalten angeben, wurden nach Barrieren für die Tabakentwöhnung gefragt und konnten Gründe auswählen, die sie motivieren würden, mit dem Rauchen aufzuhören bzw. was es erleichtern würde, mit dem Rauchen aufzuhören. Sie konnten die Dauer, die Häufigkeit (Tage/Woche) und das Format (allein oder in der Gruppe) angeben, die sie bevorzugen würden. Zusätzlich wurde gefragt, ob sie an einem Tabakentwöhnungsprogramm teilnehmen würden, das Bewegungseinheiten beinhaltet. Dazu konnten sie ebenfalls Angaben zu ihren Präferenzen (Art, Indoor/Outdoor), Frequenz, Intensität und Dauer des Trainings machen.

■ Ergebnisse

Nach Datenbereinigung wurden insgesamt 257 Rauchende in die Analyse aufgenommen. 175 der Befragten gaben an, keine psychische Krankheit zu haben (Gruppe S: Rauchende), während 82 Personen von psychischen Problemen berichteten (Gruppe SMHP: Rauchende mit psychischen Problemen). Darunter fanden sich nach eigenen Angaben

Teilnehmende mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Angststörung, Agoraphobie, Panikstörung, Zwangsstörung, Borderline-Störung, bipolarer Störung, Depression, depressiver Episode, dissoziativer Störung, Persönlichkeitsstörung, post-traumatische Störung, Essstörung, Bulimia nervosa, Schizophrenie und schizoaffektiver Störung. Befragte mit MHP hatten ein signifikant höheres Alter, einen höheren Body Mass Index und niedrigere Bildung als Rauchende ohne MHP. Rauchende ohne MHP schätzten ihre Lebensqualität und ihre Gesundheit signifikant besser ein als Rauchende mit MHP. Teilnehmende aus der Gruppe SMHP berichteten über eine signifikant höhere Tabakabhängigkeit, längere Rauchdauer, höheren Tageskonsum und mehr gesundheitliche Beschwerden. Sie berichteten ferner über eine nicht signifikant höhere Zahl von Aufhörversuchen, aber auch weniger Vertrauen, rauchfrei zu werden.

Ein signifikant höherer Anteil der Personen in Gruppe S gab an, aufgrund sozialer Faktoren (Geselligkeit, Rauchen im sozialen Umfeld) und belohnungsbezogener Faktoren (Vergnügen, Stimulation) zu rauchen (jeweils $p < 0,001$). Im Gegensatz dazu gaben Personen in der Gruppe SMHP häufiger an, aufgrund von stress- und psychischen Faktoren (Stress, Umgang mit negativen psychischen Symptomen) zu rauchen ($p < 0,001$). Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich suchtbezogener oder behavioraler Faktoren (Gewohnheit, Langlebigkeit) gefunden.

In der SMHP-Gruppe spielten Barrieren im Zusammenhang mit individuellen und Lebensstilfaktoren (Gewohnheit, starkes Verlangen, Angst vor Veränderungen der Persönlichkeit und Stimmung, Angst vor Gewichtszunahme, Traurigkeit, geringes Selbstvertrauen, Erschöpfung) eine bedeutendere Rolle

($p < 0,001$), ebenso kulturelle, sozioökonomische und ökologische Faktoren (Mangel an geeigneten Angeboten, mangelndes Wissen über Tabakentwöhnungsprogramme) ($p = 0,003$). Signifikant mehr Teilnehmende in der Gruppe S identifizierten soziale Faktoren (Rauchen im sozialen Umfeld, Partys, Gruppenzwang, keine Unterstützungsperson) ($p < 0,001$) als Hindernisse für eine Tabakentwöhnung. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bei den Lebens- und Arbeitsbedingungen (Langeweile, Stress, Zeitmangel).

In beiden Gruppen wurden intrinsische Faktoren wie die Sorge um die eigene Gesundheit und der Wunsch, die körperliche Fitness zu verbessern, häufiger als Motive für einen Rauchstopp angegeben als extrinsische Faktoren, darunter finanzielle Anreize, familiärer Einfluss, beziehungs- oder partnerbezogene Gründe und Schwangerschaft.

Die Verfügbarkeit struktureller Unterstützungsfaktoren wie Ersatzprodukte (Kaugummi, E-Zigaretten), der Zugang zu Entwöhnungsprogrammen und die Verfügbarkeit verschiedener Unterstützungsmöglichkeiten zur Entwöhnung wurden jedoch von Personen in der SMHP-Gruppe signifikant häufiger genannt als von Personen in der S-Gruppe ($p < 0,001$).

Beide Gruppen bevorzugten ein bewegungsunterstütztes Tabakentwöhnungsprogramm über etwa zehn Wochen mit einer Häufigkeit von zwei bis drei Treffen pro Woche, Rauchende mit MHP präferierten kürzere Trainingseinheiten und würden sich eher für das Gehen oder Tanzen als hilfreiche Übung entscheiden. Rauchende ohne MHP wählten Yoga, Laufen, Workouts, Ballsportarten und Schwimmen. Signifikant mehr Teilnehmende aus Gruppe S würden Laufsport wählen.

■ Diskussion

In dieser Studie sollten Gründe für das Rauchen, Barrieren, Motive und Unterstützung für die Tabakentwöhnung identifiziert und Präferenzen für ein Tabakentwöhnungsprogramm in Kombination mit Bewegung bei Rauchenden mit und ohne selbstberichtete MHP ermittelt werden. Zwischen den beiden Gruppen wurden signifikante Unterschiede in den soziodemografischen und rauchbezogenen Merkmalen beobachtet. Darüber hinaus unterschieden sich Rauchende mit und ohne MHP in ihren Gründen für das Rauchen, den wahrgenommenen Barrieren, den Motiven und der Unterstützung für den Rauchstopp. Über 70 % der Befragten in beiden Gruppen bekundeten Bereitschaft, an einem bewegungsgestützten Tabakentwöhnungsprogramm teilzunehmen. Während beide Gruppen ein Programm von zehn bis elf Wochen mit 2- bis 3-mal pro Woche abgehaltenen Sitzungen bevorzugten, präferierten Rauchende mit MHP kürzere Trainingseinheiten und Trainingseinheiten mit geringerer Intensität als Rauchende ohne MHP.

Die berichteten Unterschiede in soziodemografischen, gesundheits- und rauchbezogenen Merkmalen zwischen Teilnehmenden mit und ohne MHP stimmen mit früheren Forschungsergebnissen überein. Menschen mit MHP haben oft eine höhere Nikotinabhängigkeit, da sie das Rauchen nutzen können, um Stress zu bewältigen und psychische Symptome zu lindern. Diese erhöhte Abhängigkeit und der höhere Tageskonsum können zu mehr rauchbedingten Gesundheitsproblemen beitragen.

Rauchende mit MHP sind ähnlich motiviert, mit dem Rauchen aufzuhören, haben aber eine geringere Selbstwirksamkeit. In dieser Studie hatten Menschen mit MHP sowohl eine höhere Nikotinabhängigkeit als auch mehr vorangegangene Aufhörversuche. Dies könnte daran liegen, dass eine höhere Nikotinabhängigkeit

zu schwereren Entzugserscheinungen führt, die das Rückfallrisiko erhöhen, insbesondere in Kombination mit einer geringen Selbstwirksamkeit bei Menschen mit MHP. In Kombination mit einer starken Motivation zum Aufhören kann dies auch zu häufigeren Aufhörversuchen führen.

Sex-specific mediation of pre-quit smoking reduction: Secondary analysis of a randomized controlled trial extending Varenicline preloading

Johnstone S, Cooper RK, Wray JM, Tonkin S, Knapp KS, Colder CR, Maguin E, Mahoney MC, Tiffany ST, Brandon TH, Ashare RL & Hawk LW (2025) Nicotine Tob Res: ntaf100, DOI: 10.1093/ntr/ntaf100

■ Hintergrund

Im Vergleich zu anderen für die Behandlung der Tabakabhängigkeit zugelassenen Pharmakotherapien zeigt Vareniclin eine höhere Wirksamkeit bei Frauen; geschlechtsspezifische Wirkmechanismen sind jedoch bisher nicht untersucht. Hier wurde eine Sekundäranalyse von EMA-Daten (Ecological Momentary Assessment) durchgeführt, um einzuschätzen, ob diese höhere Wirksamkeit bei Frauen im Vergleich zu Männern möglicherweise über Mediatoren wie geringeres Rauchverlangen, negative Affekte oder Rauchzufriedenheit in den ersten Wochen der Medikamenteneinnahme vermittelt wird.

■ Methode

Die Daten stammten aus den Wochen 2 bis 4 der Aufitrierungs-Phase einer doppelblinden, randomisierten, placebokontrollierten Studie, in der die verlängerte Vorbehandlung (4 Wochen) im Vergleich zur Standardvorbehandlung mit Vareniclin (1 Woche, gefolgt von 3 Wochen Placebo) untersucht wurde. Die

Stichprobe bestand aus 320 behandelnden Personen im Alter von 18 bis 70 Jahren, die angaben, mindestens für sechs Monate fünf oder mehr Zigaretten pro Tag geraucht zu haben: Diese wurde randomisiert auf die verlängerte (90 Frauen, 73 Männer) oder die Standard-Vorbehandlung (89 Frauen, 68 Männer) verteilt. Zu den Ausschlusskriterien gehörten Psychosen, schwere depressive Störungen, Suizidalität, Schwangerschaft und andere Substanzstörungen.

Nach einem Telefon-Screening und einer persönlichen Eignungsbeurteilung absolvierten die Teilnehmenden zwei Laborbesuche, eine EMA-Woche zu Studienbeginn, sechs Klinikbesuche in den Wochen 0, 1, 3, 4 (Rauchstopp-Zieldatum), 6 und 8 sowie Nachuntersuchungen in Woche 15 (Behandlungsende) und 28. Die Teilnehmenden erhielten bei jedem der sechs Klinikbesuche zusätzlich eine kurze Verhaltensunterstützung. Sie wurden ermutigt, vor dem Rauchstopp wie gewohnt zu rauchen, und nicht aktiv zu versuchen, ihren Konsum zu reduzieren oder aufzuhören.

Über insgesamt neun Wochen wurden täglich Fragebögen über eine Smartphone-App (mEMA, <https://ilumivu.com>) verschickt. Jeden Morgen berichteten die Teilnehmenden, wie viele Zigaretten sie am Vortag geraucht hatten (CPD). Im weiteren Tagesverlauf gab es vier weitere Aufforderungen, Fragen zu Kandidatenmediatoren zu beantworten. Für jeden Mediator wurden die vier Antworten innerhalb eines Tages gemittelt. Rauchverlangen zum Beispiel wurde mit folgenden Fragen erfasst: „Nichts wäre besser, als jetzt eine Zigarette zu rauchen“, „Alles, was ich gerade will, ist eine Zigarette“, „Ich sehne mich gerade nach einer Zigarette“ und „Ich habe einen Drang nach einer Zigarette“ (Zustimmung jeweils auf einer Skala von 1 bis 5). Negative Affekte wurden mit den Items

Reizbarkeit, Angst und depressiver Stimmung aus der Minnesota Tobacco Withdrawal Scale erfasst. Die subjektiven Erfahrungen mit Zigarettenrauchen umfassten Zufriedenheit mit dem Rauchen, Belohnungseffekte und aversive Erfahrungen.

Wenn Teilnehmende in den letzten zwei Stunden vor der Erfassung geraucht hatten, wurden sie nach den subjektiven Auswirkungen seit der letzten Zigarette, wie Verlangen, Entzug und Übelkeit gefragt. Wenn sie nicht geraucht hatten, wurde nach Heißhunger, Entzug und Übelkeit gefragt. Die durchschnittlichen Rückmeldequoten für die morgendliche Bewertung und die viermal täglichen EMA-Alarme lagen bei über 80 % bzw. etwa 55 %. Die tageweise Veränderung der CPD war das primäre Outcome. Es wurde die Wirkung von Vareniclin auf den jeweiligen Mediator (a-Pfad) und des Mediators auf die CPD am nächsten Tag nach Kontrolle der Zugehörigkeit zu einer der beiden Behandlungsgruppen (b-Pfad) errechnet. Dazu wurden zeitinvariante mehrstufige moderierte Mediationsmodelle und zeitvariable Mediationsmodelle verwendet.

■ Ergebnisse

Die Haupt-Studie ergab eine signifikante Verringerung der CPD in der Gruppe der verlängerten Vorbehandlung im Vergleich zur Standard-Behandlung. Bei Behandlungsende und nach sechs Monaten waren die Abstinenzquoten allerdings nicht signifikant unterschiedlich zwischen den Gruppen.

Bei Frauen in der Vareniclin-Gruppe nahm das Rauchen während der Vorbehandlung um 3,4 CPD ab, während bei Frauen in der Placebogruppe das Rauchen um lediglich 1,1 CPD abnahm ($p < 0,001$). In ähnlicher Weise sank die durchschnittliche CPD bei Männern in der Vareniclin-Gruppe um 3,7, während bei

Männern in der Placebogruppe die Reduktion nur 2,2 CPD betrug ($p < 0,001$). Die Wechselwirkung von Behandlung und Geschlecht auf CPD war nicht signifikant ($p = 0,37$).

Bei Frauen war der indirekte zeitvariable Effekt des Verlangens auf die CPD am nächsten Tag ab Tag 8 signifikant. Das Ausmaß dieses indirekten Effekts wurde bis zum 10. Tag allmählich stärker, danach pendelte er sich ein. Bei der getrennten Untersuchung der oben genannten Pfade wurde ein ähnliches Muster bei der Wirkung von Vareniclin auf das Verlangen (Pfad a) und der Beziehung zwischen Verlangen und Rauchen am nächsten Tag beobachtet. Bei Männern war die indirekte Wirkung des Verlangens auf die CPD zu keinem Zeitpunkt signifikant. Die Wirkung von Vareniclin auf das Rauchverlangen war ähnlich groß wie die Wirkung bei Frauen und signifikant nach Tag 10. Der Zusammenhang zwischen Heißhunger und Rauchen am nächsten Tag war jedoch zu keinem Zeitpunkt signifikant. Ebenso gab es einen signifikanten indirekten Effekt der Rauchzufriedenheit und -belohnung auf das Verlangen bei Frauen, aber keinen signifikanten Effekt bei Männern.

Zeitvariable Modelle deuteten darauf hin, dass eine signifikante Reduktion der Belohnungseffekte und Rauchzufriedenheit früher auftritt als die signifikante Reduktion des Rauchverlangens. Jedoch wirkte nur bei Frauen das Verlangen als Mediator für die Wirkung von Vareniclin auf das Rauchen am nächsten Tag.

Bei Frauen, aber nicht bei Männern, reduzierte Vareniclin die Belohnung und Zufriedenheit mit dem Rauchen signifikant, und dies war mit einem geringeren Verlangen am folgenden Tag assoziiert. Diese Effekte nahmen in der Zeit vor dem Aufhören an Ausmaß zu.

■ Diskussion

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Wirkung von Vareniclin auf die Reduktion der CPD vor dem Rauchstopp bei Frauen durch eine Verringerung des Verlangens vermittelt wird.

Das zeitvariable Mediationsmodell legt die Vermutung nahe, dass bei Frauen Vareniclin nach Erreichen des Steady State das Verlangen verringerte, was wiederum das Rauchen am nächsten Tag reduzierte. Darüber hinaus deuteten explorative Mediationsmodelle darauf hin, dass die Auswirkungen von Vareniclin auf das Verlangen durch eine Abnahme der Rauchzufriedenheit und der psychologischen Belohnungseffekte vermittelt wurden.

Die Optimierung von Bewältigungsstrategien für das Rauchverlangen sowie die Verringerung von Belohnungs-/Verstärkereffekten und Zufriedenheit mit dem Rauchen könnten insbesondere bei Frauen ein vielversprechender Ansatz sein.

Die optimale Dauer der Vareniclin-Vorbehandlung bleibt aber weiterhin unklar. Mechanismen der Rauchreduktion vor dem Rauchstopp können Erkenntnisse für die Verfeinerung der Intervention liefern, aber entscheidend ist das Erfolgsmaß Abstinenz, nicht die Anzahl der (weniger) gerauchten Zigaretten vor dem eigentlichen Ausstiegstermin. Obwohl Vareniclin die wirksamste Monotherapie zur Behandlung der Tabakabhängigkeit darstellt, muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass langfristig nur etwa 25 % Abstinenz erreichen und die pharmakologische Behandlung allein der komplexen Problematik der Tabakentwöhnung nicht gerecht wird. Insbesondere zur Verbesserung der Bewältigungsstrategien für das Rauchverlangen sind verhaltenstherapeutische oder achtsamkeitsbasierte psychotherapeutische Verfahren indiziert.

An exploratory analysis of patterns of weight change in a post-cessation weight management trial

Oswald M, Shahbazian A, Ross KM, You W & Krukowski RA (2025) Nicotine Tob Res: ntaf108, DOI: 10.1093/ntr/ntaf108

■ Hintergrund

Bisherige Studien, die die Verläufe der Gewichtsveränderung nach Rauchstopp untersuchten, haben aufgrund seltener und unsystematischer Gewichtsmessungen eingeschränkte Aussagekraft. Neuere E-Waagen erleichtern eine engmaschige Gewichtsmessung. In diesem Paper wurde die Rate der Gewichtszunahme unter Verwendung täglicher E-Waagen-Daten untersucht, die im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie gesammelt wurden, um vielversprechende Interventionen zur Vermeidung von Gewichtszunahme nach dem Rauchstopp im Rahmen der „Fit & Quit“-Studie zu identifizieren.

■ Methode

Die Teilnehmenden wurden gebeten, sich während der gesamten 12-monatigen Studie täglich auf den von der Studie bereitgestellten E-Waagen zu wiegen. Die Gewichtsdaten wurden über die von der Studie bereitgestellten BodyTrace-E-Waagen gewonnen, die das Gewicht mit einer Genauigkeit von 0,1 kg über das Mobilfunknetz an die Studiendatenbank schickten. Teilnehmende, die angaben, abstinent zu sein, wurden gefragt, wann sie mit dem Rauchen aufgehört hatten und der Rauchstatus wurde biochemisch verifiziert. Angesichts der hohen Übereinstimmung mit der selbst berichteten Abstinenz wurden für die Analysen die selbst berichtete Abstinenz herangezogen.

Es wurden Mixed-Effekte-Modelle durchgeführt, um die Gewichtsänderung im

Laufe der Zeit zu analysieren und um zu testen, ob die drei verschiedenen Interventionsbedingungen („Stability“, „Loss“ und „Bibliotherapy“) zur Gewichtskontrolle (die jeweils acht Wochen dauerten, hier aber nicht detailliert erläutert werden können) oder das Geschlecht die Gewichtszunahme im Laufe der Zeit beeinflussen.

Folgenden Untersuchungsfragen sollte nachgegangen werden: Kommt es in den Tagen nach Rauchstopp zu einer erhöhten Rate der Gewichtsveränderung? Und wenn ja: Wie stark fällt die Gewichtsveränderung aus und wann hört die Gewichtsveränderung auf?

Die Interventionen zur Tabakentwöhnung folgten den Empfehlungen der Clinical Practice Guidelines. Zu Beginn der neunten Woche (also nach den jeweiligen Interventionen zur Gewichtskontrolle) begannen die Teilnehmenden mit einer telefonischen gruppenbasierten Verhaltensintervention (jeweils 60 Minuten für insgesamt sechs Wochen). In der elften Woche erhielten alle Teilnehmenden eine individuelle Telefonsitzung und begannen mit der Einnahme von Vareniclin.

Teilnehmende der Stability-Gruppe erzielten einen mittleren Gewichtsverlust von 0,24 kg (SD=0,25), die Teilnehmenden der Loss-Bedingung einen mittleren Gewichtsverlust von 1,11 kg (SD=0,20), und Teilnehmende der Bibliotherapy-Gruppe eine mittlere Gewichtszunahme von 1,25 kg (SD=0,27) von der Baseline bis zur 12-Monatskatamnese.

■ Ergebnisse

Von den insgesamt 305 Teilnehmenden hatten 188 Teilnehmende (64 %) einen Rauchstopp angegeben, von denen wiederum 132 für die folgenden Analysen berücksichtigt werden konnten. Die Anzahl der Gewichtsmessungen

nahmen während der gesamten Studie im Laufe der Zeit ab. Bei allen drei Interventionsbedingungen wurde eine ähnliche Gewichtszunahme ermittelt, ohne auffällige geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gewichtszunahme.

Nach dem Rauchstopp betrug die Gewichtszunahme über die gesamte einjährige Studiendauer 0,0032 kg/Tag oder etwa 0,0036 % des Ausgangsgewichts ($p=0,094$). Wenn jedoch nur die erste Phase unmittelbar nach dem Ausstiegsdatum berücksichtigt wurde, war die Gewichtszunahme höher und statistisch signifikant: Die Gewichtsveränderung im ersten Monat nach Rauchstopp betrug +0,0111 kg/Tag (0,0123 % des Ausgangsgewichts pro Tag). In den ersten beiden Monaten liegt die Rate bei +0,0107 kg/Tag (0,0119 % pro Tag). Dieses Muster setzte sich bis acht Monate nach dem Rauchstopp fort; danach wurde keine auffällige Gewichtsveränderung mehr beobachtet. Der Anstieg der Gewichtsveränderung begann unmittelbar nach dem Rauchstopp und erreichte um den 21. Tag herum ihren Höhepunkt. Die Gewichtszunahme stieg etwa 70 Tage nach Beendigung des Tabakkonsums in geringerem, aber immer noch signifikantem Maße weiter an.

■ Diskussion

Die berichteten Ergebnisse deuten darauf hin, dass der erste Monat nach dem Rauchstopp einen besonders anfälligen Zeitraum für Gewichtszunahme darstellt, so dass in dieser Phase zusätzliche Unterstützung durch Programme zur Gewichtskontrolle nützlich sein könnten. Die hier berichtete Gewichtszunahme nach Rauchstopp fällt geringer aus als die Befunde früherer Untersuchungen, was teilweise auf die Wirksamkeit des vorgeschalteten Gewichtsmanagementprogramms zurückzuführen sein dürfte.

Eine Stärke dieser Studie war der Einsatz von E-Waagen, was einen besseren Einblick in die Gewichtstrends nach Rauchstopp ermöglichte. Insgesamt ergänzt diese explorative Analyse die bestehende Literatur um zusätzliche Details zu Gewichtstrends nach Rauchstopp und lieferte neue Einblicke in Gewichtstrends bei Rauchenden, die mit dem Rauchen aufhörten, während sie sich einer Gewichtsmanagement-Intervention unterzogen.

What if I fail? Unsuccessful smoking cessation attempts and symptoms of depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis

Crabb AB, Allen J & Taylor G (2025) BMJ Open 15: e091419, DOI:10.1136/bmjopen-2024-091419

■ Hintergrund

Die Evidenz für positive Auswirkungen eines Rauchstopps auf die körperliche und geistige Gesundheit legt nahe, allen Rauchenden einen Ausstieg anzuraten und sie dabei zu unterstützen. Erfolglos verlaufende Ausstiegsversuche sind aber sehr häufig und können mit Schuldgefühlen und Frustration einhergehen, wobei die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit insgesamt unklar sind. Dieses Review untersuchte den Zusammenhang zwischen Erfolg/Misserfolg von Ausstiegsversuchen und möglichen Veränderungen von depressiven und Angst-Symptomen.

■ Methode

Es wurde eine systematische Überprüfung und Meta-Analyse auf Basis älterer Reviews und aktueller (Januar 2020 bis Januar 2025) klinischer Studien und longitudinaler Beobachtungsstudien durchgeführt. Berücksichtigt wurden Arbeiten, die bei Erwachsenen Symptome von Angstzuständen oder

Depressionen vor und nach einem Rauchstoppversuch über die Entzugsperiode hinaus (sechs Wochen) erfassten.

Das Review schloss randomisierte kontrollierte Studien, nicht randomisiert experimentelle Studien und longitudinale Beobachtungsstudien mit ein.

■ Ergebnisse

Es wurden 62 Studien mit mehr als 36 000 Teilnehmenden eingeschlossen. Am häufigsten kamen verhaltenstherapeutische Tabakentwöhnungsinterventionen zum Einsatz; erfolgreiche Entwöhnungsversuche wurden als selbstberichtete oder biochemisch verifizierte Abstinenz definiert. Die Nachbefragungszeiträume lagen zwischen sechs Wochen und vier Jahren. Die am häufigsten verwendeten Messinstrumente waren das Beck Depression Inventory, der Patient Health Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale und der Gesundheitsfragebogen für Patienten (Generalized Anxiety Disorder, GAD-7).

Ausreichende Daten zur Berechnung der Änderung depressiver Symptome von der Baseline bis zur Nachbefragung konnten aus 46 Studien gewonnen werden (Daten von 3 412 Personen, die erfolgreich mit dem Rauchen aufgehört hatten und 16 674 Personen, denen der Rauchstopp nicht gelungen war. 22 Studien stellten Daten zu Angstsymptomen bereit (Daten von 2 649 erfolgreichen Personen und 13 672 nicht erfolgreichen Personen,).

Erfolgreich verlaufene Rauchstoppversuche waren im Vergleich zu erfolglosen Ausstiegsversuchen sowohl mit einer Verringerung depressiver Symptome (standardisierte mittlere Differenz, SMD = 0,21, KI = -0,27 bis -0,16) als auch geringerer Angstsymptomatik assoziiert (SMD = -0,22, KI = -0,33 bis -0,12)

Die Richtung der Veränderung depressiver Symptome von der Baseline bis zur Nachbefragung wies in 45 Studien auf eine Verringerung oder keine Veränderung der depressiven Symptome bei erfolglosen Beendigungsversuchen hin; in drei Studien wurde eine statistisch signifikante Verbesserung berichtet. Daten aus einer Studie deuteten auf eine mögliche Verschlechterung hin.

Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass ein erfolgreicher Rauchstopp mit einer Verringerung der depressiven Symptome und erfolglose Versuche am häufigsten mit entweder keiner Veränderung oder ebenfalls einer Verringerung der depressiven Symptome einherging. Die Richtung der Veränderung der Angstsymptome von der Baseline bis zur Nachbeobachtung wies in allen Studien auf eine Verringerung oder keine Veränderung auch bei erfolglosen Ausstiegsversuchen hin.

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

■ Diskussion

Die meisten Studien zeigten einen positiven Trend bezüglich der Linderung von Symptomen von Angstzuständen und Depressionen im Zusammenhang mit einem Ausstiegsversuch. Erfolgreiche Studienteilnehmende erleben eine deutliche Verringerung dieser Symptome im Vergleich zu denjenigen, die keinen Erfolg hatten. Von großer Bedeutung ist aber auch, dass diejenigen, die einen erfolglosen Ausstiegsversuch unternommen haben, keine Verschlechterung der psychischen Gesundheit erleiden mussten. Ein erfolgreicher Entwöhnungsversuch führt oft zu einer verbesserten Leistungsfähigkeit, gesteigerter Selbstwirksamkeit und besserer Gestimmtheit. Es ist unwahrscheinlich, dass gescheiterte Versuche der psychischen Gesundheit mehr schaden als es erst gar nicht zu versuchen, so dass es sich lohnt, beharrlich zu sein und auch nach mehreren erfolglosen Versuchen eine nächste Rauchstopphandlung zu unternehmen.