



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

Editorial

Behandlungsleitlinien basieren auf den Ergebnissen methodisch hochwertiger, kontrollierter Studien und Metaanalysen. Für diese Studien müssen Teilnehmerinnen und Teilnehmer rekrutiert werden. Was sind die Beweggründe von Tabakkonsumierenden, an solchen klinischen Studien teilzunehmen, und welche Barrieren halten Tabakkonsumierende von einer Teilnahme ab? Diesen Fragen ging eine Arbeitsgruppe aus Pennsylvania, USA, nach (1). Die Teilnehmenden waren erwachsene Tabakkonsumierende, die sich in ein Register eingeschrieben hatten, um ihr Interesse an Studienteilnahmen zu bekunden. Seit 2019 wird dieses Register potenzieller Teilnehmender über Social Media, klassische Medienwerbung, Flyer und andere Kommunikationskanäle wie folgt beworben: „Rauchen Sie? Für Forschungsstudien zu Tabak und Gesundheit werden Teilnehmende gesucht. Um teilnehmen zu können, müssen Sie mindestens fünf Zigaretten pro Tag rauchen, mindestens 21 Jahre alt sein und bereit sein, während der Studie mehrmals in das Studienzentrum zu kommen. Für die Teilnahme und Anreise wird eine Aufwandsentschädigung angeboten“. Die Motivation für die Teilnahme an Tabak- und Gesundheitsforschung wurde mit der folgenden Frage erfasst: Bitte wählen Sie die Gründe für Ihre Teilnahme an der tabakbezogenen Forschung:

(1) Mazhar L, Krebs N, Allen SJ, Hobkirk AL, Carrillo M, Livelsberger C, Peters V, Foulds J & Yingst JM (2026) Enhancing recruitment and retention strategies in human tobacco research. PLoS One 21: e0340668, DOI: 10.1371/journal.pone.0340668

Inhalt

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	3
Neue Publikationen	4

a) um mit dem Rauchen/Tabakkonsum aufzuhören, b) um den Konsum zu reduzieren, c) um eine Vergütung zu erhalten, d) um einen Beitrag für Forschung und Wissenschaft zu leisten, e) um mehr über meine Gesundheit zu erfahren, f) andere Gründe. Es wurde auch nach dem Aufwand gefragt, den Teilnehmende bereits wären zu leisten und welche Erwartungen an eine Vergütung für einen einstündigen Studienbesuch, Ausfüllen von Fragebögen und Teilnahme an Messungen einer Blutprobe bestehen. An möglichen Hindernissen für die Teilnahme wurden u. a. Reiseaufwand, mangelndes Vertrauen in die Forschungseinrichtung, Unvereinbarkeit mit den eigenen Arbeitszeiten und zu geringe Entschädigung abgefragt. Die 267 Teilnehmenden hatten ein Durchschnittsalter von 47 Jahren; 84 % konsumierten Tabakzigaretten, und etwa ein Drittel gab an, elektronische Zigaretten zu verwenden. Etwa acht von zehn Befragten zeigten Interesse an einer Teilnahme, weil sie mit dem Rauchen aufhören oder den Konsum reduzieren wollten. Etwa zwei Drittel gaben an, mit ihrer Teilnahme einen Beitrag für Forschung und Wissenschaft leisten zu wollen, für 40 % war die Entschädigung entscheidend. Mehrheitlich waren die Befragten bereit, bis zu 20 Meilen zu reisen und so oft ins Studienzentrum zu

kommen wie notwendig. Nur knapp 3 % gaben an, nicht reisen und nur remote teilnehmen zu wollen.

Die erwartete Vergütung für einen ein-stündigen Besuch mit Fragebögen oder eine einstündige remote-Teilnahme lag bei 25 US-Dollar, wenn weitere Messungen erforderlich wären und eine Blutprobe genommen würde bei 50 US-Dollar (jeweils Median). Etwa zwei Drittel der Teilnehmenden bewerteten eine angemessene Vergütung als wichtig, wobei jüngere Personen die Entschädigung häufiger als wichtig betrachteten als ältere Personen. Wenn also die intrinsische Motivation wie der Wunsch nach einem Rauchstopp nicht vorhanden ist und Studien Zeit- und Reiseaufwand erfordern, können angemessene Entschädigungen zur Steigerung der Rekrutierungs- und Bindungsraten beitragen. In diesem Zusammenhang könnte es auch von Interesse sein, ob sich die Ergebnisse von Teilnehmenden je nach Motivation (Wunsch nach Rauchstopp vs. Entschädigung) unterscheiden.

Optometristen gehören zu denjenigen Gesundheitsberufen, die sprichwörtlich sehr nahe an rauchenden Patientinnen und Patienten (PuP) dran sind, aber zumindest in Deutschland bislang kaum durch Aktivität in Tabakentwöhnung aufgefallen sind. Dabei gibt es klare Belege für die negativen Auswirkungen des Rauchens auf die Augengesundheit. Eine Querschnittsstudie zur aktuellen Praxis in Wales nutzte einen anonymen Online-Fragebogen, um tabakbezogene Aktivitäten unter Optometristen zu erfassen, die ihre Dienste für den National Health Service (NHS) in Wales anbieten (2). Seit 2023 gibt es in Wales Vorgaben für eine ganzheitliche Vorgehensweise bei

NHS-Augenuntersuchungen, welche auch die Erfassung des Rauchstatus bei allen PuP ab 16 Jahren sowie die Bereitstellung von Unterstützung umfasst, wo dies angebracht erscheint. Insgesamt nahmen 778 Optometristen teil, wovon über 96 % angaben, routinemäßig den Rauchstatus ihrer PuP zu erfassen. Die meisten Befragten fühlten sich sicher darin, die Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit mit den PuP zu besprechen. Die große Mehrheit der Befragten – über 83 % – betrachtete sich auch als ausreichend geschult, um zur Tabakentwöhnung beraten zu können. Häufig genannt wurden allerdings auch Barrieren wie Zeitdruck und wahrgenommene Zurückhaltung seitens der PuP. Bemerkenswert erscheint, dass diejenigen Befragten mit längerer beruflicher Tätigkeit die Zurückhaltung seitens der PuP häufiger (mit einer um 46 % höheren Wahrscheinlichkeit) als Barriere betrachteten. Im Gegensatz dazu war die Arbeit in einer Gemeinschaftspraxis mit einer um 60 % geringeren Wahrscheinlichkeit verbunden, Patientenunsicherheit als Barriere wahrzunehmen. Diese Ergebnisse deuten auf eine insgesamt hohe Aktivität und positive Beteiligung an der Tabakentwöhnung unter Optometristen in Wales hin. Es erscheint angesichts der hohen Prävalenz und geringen Änderungsbereitschaft in Deutschland sinnvoll und notwendig, die Tabakentwöhnungsaktivitäten auch hier auf Gesundheitsberufe auszuweiten, die sich bislang nicht damit auseinandergesetzt haben.

Die ausgesprochen niedrige Quote von 8,6 % derjenigen Rauchenden, die laut der letzten Befragungswelle der „Deutschen Befragung zum Rauchverhalten“ (DEBRA, <https://www.debra-study.info>) vom Januar 2026 mindestens einen ernsthaften Rauchstoppversuch in den letzten 12 Monaten unternommen haben, weist auf die Notwendigkeit hin, den Rauchstopp intensiver zu bewerben. Eine günstige Gelegenheit dazu bietet aktuell wieder die Aktion „Rauchfrei im Mai“ (<https://www.>

(2) John R, George MR, Williams GS, Morgan T (2026) How do optometrists approach directed questioning on smoking status in a centrally co-ordinated, publicly-funded national primary care eye health service? Clin Optom 18: 580909, DOI: 10.2147/OPTO.S580909

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 (1000€) und weitere Geldpreise zu gewinnen (1x750€, 2x500€, 1x250€ und 5x200€). 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) oder Tabakerhitzer oder E-Zigaretten nutzen.

In dieser für 2026 ersten Ausgabe unseres Newsletters werden drei neue Publikationen besprochen. Zunächst präsentieren wir eine Übersichtsarbeit systematischer Reviews zur Wirksamkeit diverser Formen von Akupunktur für die Tabakentwöhnung. In der zweiten Arbeit

wurde ebenfalls in Form eines Reviews die Effektivität von maximal 90-minütigen Interventionen durch Pflegekräfte untersucht. Die dritte, qualitative Studie aus dem Vereinigten Königreich beschäftigte sich mit den zugrundeliegenden Wirkmechanismen der oft genannten „Willenskraft“ bei Personen, die ohne professionelle Unterstützung mit dem Rauchen aufgehört hatten. Die Überarbeitung der deutschsprachigen S3-Leitlinie wird im Juni 2026 abgeschlossen sein, so dass wir über deren Neuerungen in den nächsten Ausgaben berichten können.

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: Oberursel 21.–25.9.2026. Verkürzte Schulung: München, 6.–8.5.2026. 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>

Qualifikation Tabakentwöhnung – Grundkurs

Der Grundkurs zur „Qualifikation Tabakentwöhnung“ besteht aus 20 Unterrichtseinheiten (UE) und vermittelt den Teilnehmenden umfassendes Faktenwissen zum Thema Tabaksucht und -entwöhnung. Termin: 11.–13.9.2026. Veranstaltungsort: Ärztehaus Reutlingen,

Haldenhastr. 11, 72770 Reutlingen. Weitere Infos und Anmeldung unter <https://www.aerztekammer-bw.de/qualifikation-tabakentwoehnung-grundkurs-cd40fc2ef99d7488>

Kongresse/Tagungen

■ National

24. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle, Heidelberg, 2. und 3. Dezember 2026
Call for abstracts ab dem 13.4.2026 unter: <https://indico.dkfz.de/event/1522/abstracts>

■ International

10. European Conference on Tobacco or Health (ECToH) in Mailand, Italien, vom 20. bis 22. Mai 2026
Programm und Anmeldung unter <https://www.ectoh.org>



SRNT-Europe Conference in Paris, Frankreich, vom 21. bis 23. September 2026

Programm und Anmeldung unter <https://srnt-e.org>. Abstracts können noch bis zum 16. April 2026 eingereicht werden.



Neue Publikationen

Acupuncture for smoking cessation: An overview of systematic reviews

Fan S, Wang J, Wang X, Zhang H, Li H, Wang J, Zhang W & Wang J (2026) Front Public Health 13: 1677231, DOI: 10.3389/fpubh.2025.1677231

■ Hintergrund

Obwohl die Anzahl randomisierter kontrollierter Studien (RCTs) zur Wirksamkeit verschiedener Formen der Akupunktur zur Tabakentwöhnung in den letzten Jahren gewachsen ist, bleiben die Ergebnisse insgesamt inkonsistent, und es gibt erhebliche Kontroversen bezüglich der Wirksamkeit und auch Sicherheit dieser Methoden [traditionelle Akupunktur mit Nadeln,

sogenannte Manuelle Akupunktur (MA), Elektroakupunktur (EA), transkutane elektrische Akupunkturstimulation (TEAS) und Laserakupunktur (LA)]. Diese Übersicht zielte darauf ab, die publizierten Ergebnisse zusammenzufassen und die bestehenden systematischen Reviews (SRs) zur Akupunktur bezüglich ihrer methodischen Qualität neu zu bewerten.

■ Methode

Eine umfassende Literaturrecherche in allen Sprachen wurde in acht Datenbanken durchgeführt; bis Ende 2024 publizierte Arbeiten wurden berücksichtigt. Zwei Personen prüften unabhängig voneinander die Methodik der eingeschlossenen SRs. Alle Arten von

Akupunktur wurden eingeschlossen. Akupunktur konnte einzeln oder in Kombination mit verschiedenen Akupunkturarten eingesetzt werden, und Pharmakotherapie oder andere Therapien konnten als Hintergrundbehandlung angeboten werden. Akupunktur musste jedoch die Hauptintervention darstellen. Die jeweiligen Kontrollgruppeninterventionen umfassten Scheinakupunktur (SA), Warteliste (WL), keine Behandlung (NT) oder von Leitlinien empfohlene Behandlungen wie Pharmakotherapie oder Verhaltenstherapie (VT). SRs, die verschiedene Akupunkturarten miteinander vergleichen, wurden nicht berücksichtigt. Nur SRs, die die Punktabstinenzrate als primären Endpunkt angaben, wurden aufgenommen, unabhängig davon, ob sie zusätzlich biochemisch verifiziert wurde. Sekundäre Endpunkte umfassten Linderung kurzfristiger Entzugssymptome, Reduktion des täglichen Zigarettenkonsums, Rauchverlangen, Kohlenmonoxidwerte, Cotininspiegel und diverse Fragebögen-Ergebnisse. SRs, die mehrere RCTs berücksichtigten, wurden eingeschlossen, wohingegen SRs basierend auf Nicht-RCTs, Netzwerk-Metaanalysen, SRs ohne Metaanalysen und ähnliche nicht berücksichtigt wurden.

■ Ergebnisse

Es wurden zunächst 207 Originalstudien identifiziert. Nach dem Eliminieren von Duplikaten verblieben 111 Studien, die durch eine vorläufige Prüfung der Titel auf 35 Studien reduziert wurden. Nach einer gründlichen Volltextüberprüfung wurden schließlich noch zehn Studien aufgenommen, die zwischen 1997 und 2024 publiziert wurden.

Die methodische Qualität von acht dieser zehn Studien wurde unter Verwendung des AMSTAR-2 Tools als kritisch niedrig, bei einem SR als niedrig und in einem Fall als moderat eingestuft. Unter anderem wurde bemängelt, dass keiner der SRs eine umfassende Suchstrategie

verwendet hatte und nur zwei SRs Gründe für den Ausschluss von nicht aufgenommenen Arbeiten auflisteten. Bezüglich des Verzerrungsrisikos wurden alle SRs als hochgefährdet bewertet, insbesondere aufgrund des Risikos, während des Suchprozesses relevante Literatur zu übersehen.

Bezüglich der kurzfristigen Effekte ergab der Vergleich von Akupunktur und Scheinakupunktur (SA) aus 30 Studien mit 3 419 Teilnehmenden, dass Akupunktur der SA überlegen war (RR=1,37, KI: 1,08–1,73, $p=0,0092$), wobei zwischen den Studien erhebliche Heterogenität beobachtet wurde. Subgruppenanalysen auf Basis vordefinierter Variablen wie Akupunkturstelle, Art der Akupunktur, ob SA eine physiologische Stimulation verursachte, ob die Standardbehandlung in Kombination mit anderen Interventionen durchgeführt oder Abstinenz biochemisch verifiziert wurde, zeigten keine Auffälligkeiten. Die Abstinenzquote in den Interventionsgruppen lag bei durchschnittlich 30,5 %, während sie in der Kontrollgruppe bei 25 % lag. Der Vergleich von Akupunktur und Scheinakupunktur bezüglich der Langzeitabstinenzquoten aus 14 Studien mit 2 437 Teilnehmenden zeigte keinen signifikanten Unterschied mehr zwischen Akupunktur und SA (RR=1,32, KI: 0,76–2,29, $p=0,3228$). Auch hier wurde eine signifikante Heterogenität beobachtet.

Der Vergleich von Akupunktur und Nikotinersatztherapie (NRT) hinsichtlich der Langzeitabstinenz aus sechs Studien mit 1 129 Teilnehmenden erbrachte ebenfalls keinen signifikanten Unterschied (RR=0,88, KI: 0,71–1,09, $p=0,2351$). Hier wurde keine signifikante Heterogenität beobachtet, und auch die Sensitivitätsanalyse zeigte, dass sich der Gesamteffekt nicht signifikant änderte. Beim Vergleich von Akupunktur und Verhaltenstherapie (VT) bezüglich kurzfristiger Effekte aus lediglich vier Studien mit 456 Teilnehmenden zeigten sich keine signifikanten Unterschiede

(RR=1,03, KI: 0,80–1,32, p=0,8405), ebenso wenig wie bezüglich der längerfristigen Effekte (vier Studien, 515 Teilnehmende, RR=1,10, KI: 0,54–2,26, p=0,7958). Beim Vergleich von Akupunktur und Warteliste bezüglich kurzfristiger Abstinenzquoten wurde auf Basis von vier Studien mit 252 Teilnehmenden zwar eine signifikante Überlegenheit für Akupunktur ermittelt (RR=4,47, KI: 1,26–15,88, p=0,0204), die durch signifikante Heterogenität allerdings als weniger robustes Ergebnisse eingestuft wurde. Der Vergleich von Akupunktur und Warteliste bezüglich Langzeitabstinenzquoten ergab ebenfalls eine signifikante Überlegenheit für Akupunktur (RR=4,68, KI: 2,63–8,31, p<0,0001; vier Studien mit insgesamt 513 Teilnehmenden). Es wurde zwar nur geringe Heterogenität beobachtet, aber die Sensitivitätsanalyse zeigte, dass nach Ausschluss der meisten Studien der gepoolte Effekt die Nulllinie überschritt, was ebenfalls auf weniger robuste Ergebnisse hindeutet.

In zwei 2 SRs wurde von unerwünschten Nebenwirkungen berichtet und deren Häufigkeit zwischen den Gruppen verglichen. Nebenwirkungen beim Einsatz von aurikularer Akupressur waren leichte Druckempfindlichkeit, Schwindel und Juckreiz. Die wichtigsten unerwünschten Ereignisse in der transkutanen elektrischen Stimulation der Akupunkturpunkte waren Schmerzen.

■ Diskussion

Alle eingeschlossenen SRs wiesen mindestens einen kritischen methodischen Mangel und ein hohes Verzerrungsrisiko auf, was darauf hindeutet, dass daraus abgeleitete Schlussfolgerungen falsch sein könnten. Die PRISMA-Checkliste zeigte erhebliche Defizite in Bereichen wie Studienauswahl, Datenextraktion und Risiko der Verzerrungsbeschreibung. Die GRADE-Bewertung zeigte, dass die meisten Ergebnisindikatoren in Bezug auf die

Evidenzsicherheit als „niedrig“ oder „kritisch niedrig“ bewertet wurden. Die Hauptgründe für die Herabstufung waren kleine Stichproben, unklare Randomisierungsprozeduren und unzureichende Verblindung.

Akupunktur verbesserte die kurzfristige Abstinenzwahrscheinlichkeit im Vergleich zu SA signifikant. Im Vergleich zu NRT oder VT war der Unterschied in der kurzfristigen Abstinenz jedoch statistisch nicht signifikant. Im Hinblick auf Langzeitabstinenz zeigte Akupunktur nur eine Überlegenheit gegenüber Wartelistenkontrollen; im Vergleich zu anderen Kontrollgruppen wurden keine Unterschiede festgestellt. Hinweise aus älteren und hier nicht berücksichtigten Studien gehen in die Richtung, dass Rauchende mit geringerer Nikotinabhängigkeit stärker von Akupunktur profitieren könnten; dieser Zusammenhang konnte aufgrund begrenzter Datenverfügbarkeit in den ursprünglichen Studien in diesem Review nicht geprüft werden.

Zusammenfassend schränkt die insgesamt geringe Qualität der vorliegenden SRs und Primärstudien zusammen mit unzureichender Evidenzstärke die Eignung von Akupunktur als primäre Tabakentwöhnungsmaßnahme stark ein. Obwohl einige Ergebnisse darauf hindeuten, dass Akupunktur in bestimmten Populationen kurzfristig wirksam sein könnte, gibt es keinerlei Belege, dass Akupunktur NRT oder BT ersetzen könnte. Daher kann für die klinische Praxis – wenn überhaupt – nur eine eingeschränkte und vorsichtige Anwendung von Akupunktur zur Tabakentwöhnung empfohlen werden. Es besteht ein dringender Bedarf an rigoros konzipierten, hochwertigen und ausreichend ausgestatteten multizentrischen RCTs (mit standardisierten Anwendungsprotokollen, größeren Stichproben und strengerer Verblindung und Randomisierung), um eine potenzielle klinische Bedeutung der Akupunktur zu validieren.

Effectiveness of nurse-run smoking cessation discussions lasting up to 90 minutes: A systematic review and meta-analysis

Winell K & Ahonen JE (2026) *Tob Prev Cessat*, DOI:10.18332/tpc/215042

■ Hintergrund

Pflegekräfte spielen eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsförderung und sind zunehmend in Aufgaben involviert, die traditionell von Ärzten geleitet wurden. Von Pflegekräften durchgeführte Interventionen haben sich beim Management chronischer Krankheiten als wirksam erwiesen. Frühere Untersuchungen deuten darauf hin, dass auch von Pflegekräften durchgeführte Interventionen zur Tabakentwöhnung wirksam sein können. Ein Cochrane-Review aus dem Jahr 2017 berichtete von moderater Evidenz (Effektschätzer RR=1,29; KI: 1,21–1,38). Allerdings variierten diese Interventionen erheblich in ihrer Intensität und Dauer. Angesichts der knappen Beratungszeit in der klinischen Praxis ist es wichtig zu ermitteln, ob zeitlich begrenzte, von Pflegekräften geleitete Tabakentwöhnungsberatung wirksam ist. Diese systematische Übersicht und Metaanalyse zielte darauf ab, die Wirksamkeit solcher Interventionen bei erwachsenen Rauchenden zu untersuchen.

■ Methode

In dieses Review eingeschlossen wurden randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) von Interventionen zur Tabakentwöhnung, die von Pflegekräften durchgeführt wurden. Einschlusskriterien waren u.a. das Alter (Erwachsene ≥ 18 Jahre), täglicher Konsum von Tabak- oder E-Zigaretten und Erhalt mindestens einer persönlichen Beratung durch eine Pflegekraft ohne Beteiligung einer Ärztin oder Arztes, maximal fünf persönliche Kontakte,

eine Gesamtberatungszeit von maximal 90 Minuten und der Ausschluss medikamentöser Unterstützung oder Gruppensitzungen. Die Teilnehmenden in den Kontrollbedingungen hatten nur eine Kurzintervention oder Informationen zum Rauchstopp erhalten. Als primäres Ergebnis wurde eine biochemisch validierte Abstinenz nach 12 Monaten definiert, sekundäres Outcome war die selbstberichtete Abstinenz nach 12 Monaten. Für die Suche herangezogen wurde das Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) sowie MEDLINE von Januar 2016 bis Dezember 2023, unabhängig von der Sprache, in der die Arbeiten publiziert wurden.

■ Ergebnisse

Die Datenbankabfrage förderte insgesamt 447 potenziell in Frage kommende Studien zutage, von denen 31 Duplikate und 349 Arbeiten nach der Abstract-Sichtung ausgeschlossen wurden. Nach einer Volltextprüfung wurden schließlich sieben Studien aufgenommen. Die häufigsten Gründe für den Ausschluss waren zu intensive Versorgung, Einsatz medikamentöser Hilfen, Interventionen in der Gruppe oder nur telefonische Beratung ohne persönlichen Kontakt. Drei der inkludierten Studien wurden in Hongkong, eine in den USA und drei in Westeuropa durchgeführt. In keiner der inkludierten Studien wurde der Ausstieg aus dem E-Zigaretten-Konsum untersucht. Insgesamt wurden in den sieben Studien 4 443 Raucherinnen und Raucher behandelt. Alle eingeschlossenen Studien wiesen Verzerrungsrisiken auf, und drei davon wurden als stark risikobehaftet bewertet.

Bezüglich der Wirksamkeit der Interventionen wurden keine Effekte einer von Pflegekräften geleiteten Ausstiegsberatung ermittelt: Für das primäre Ergebnis mit biochemischer Validierung nach zwölf Monaten lag der Effektschätzer bei 1,22 (KI: 0,83–1,80), für die selbstberichtete Punktprävalenz bei 1,02 (KI: 0,65–1,61).

Bezüglich beider Ergebnisse wurde eine nicht statistisch signifikante Überlegenheit der Kontrollgruppen errechnet. Auch nach einer Kontrolle der Ergebnisse, in der die Studien mit hohem Gesamtverzerrungsrisiko weggelassen wurden, änderten sich diese Ergebnisse nicht. Beide Analysen zeigten ein erhebliches Maß an Heterogenität.

■ Diskussion

Diese systematische Übersicht und Metaanalyse ergab keine Hinweise auf die Wirksamkeit einer von Pflegekräften durchgeführten Tabakentwöhnungsberatung von bis zu 90 Minuten. Diese Ergebnisse sind überraschend und stehen im Gegensatz zu den Erkenntnissen früherer Übersichtsarbeiten, in denen die Wirksamkeit von Interventionen durch Pflegekräfte nachgewiesen wurde. Dort gab es allerdings keine Begrenzung der Beratungszeit.

Eine mögliche Erklärung für den fehlenden Wirksamkeitsnachweis könnte darin bestehen, dass die Teilnehmenden an den meisten inkludierten Studien langjährige Rauchende mit teilweise schweren tabakassoziierten Krankheiten waren, denen das Aufhören besonders schwerfällt. Zusätzlich könnte der Ausschluss von Studien mit medikamentösen Ausstiegshilfen eine Rolle spielen: Interventionen mit einer Kombination von Verhaltensunterstützung mit Pharmakotherapie sind bekanntermaßen effektiv, um die Abstinenzwahrscheinlichkeit zu verbessern.

Die Begrenzung der maximalen Beratungszeit auf 90 min bildet in den meisten Ländern die Versorgungsrealität ab; dort gibt es Einschränkungen bezüglich der Zeit, die für eine Ausstiegsberatung genutzt werden kann. Kurzinterventionen durch ärztliches Personal mit deutlich weniger Zeitbedarf gelten hingegen als wirksam. Es wäre zu prüfen, ob ähnliche

Ergebnisse auch für Kurzinterventionen durch Pflegekräfte erzielt werden könnten. Auch für gruppenbasierte Interventionen wurden Wirksamkeit und Kosteneffizienz nachgewiesen. Interventionen durch Pflegekräfte, die Pharmakotherapie einbeziehen, könnten ebenfalls wirksam sein.

Unpacking willpower in unassisted smoking cessation: A qualitative analysis reveals a systematic profile of situational and cognitive strategies

Marathia E, Duffy S, Stephen A, More KR & Saunders B (2026) Health Psychol Behav Med, 14: 2644658, DOI: 10.1080/21642850.2026.2644658

■ Hintergrund

Willenskraft wird häufig herangezogen, um zu erklären, wie Ausstiegsversuche oder Rauchstopphandlungen ohne professionelle Unterstützung funktionieren. Eine systematische Übersichtsarbeit qualitativer Studien zum Selbstausstieg kam zu dem Ergebnis, dass der Begriff „Willenskraft“ oft als entscheidender Erfolgsfaktor herangezogen wird, aber die zugrunde liegenden Prozesse nur selten differenziert aufgearbeitet werden. Zum besseren Verständnis des Selbstausstiegs wäre dies jedoch wünschenswert. Willenskraft wird bislang inkonsistent definiert, und es mangelt oft an Spezifität. Stattdessen wird Willenskraft oft durch die Tatsache diagnostiziert, dass bereits ein erfolgreicher Selbstausstieg stattgefunden hat. Daher war ein zentrales Ziel dieser Untersuchung, Erkenntnisse aktueller Selbstregulierungs- und Verhaltensänderungstheorien anzuwenden, um die Prozesse zu entschlüsseln, die dieser „Willenskraft“ bei erfolgreichen Selbstausstiegen zugrunde liegen könnten.

■ Methode

Zwischen August 2021 und Juli 2022 wurden mit 32 Teilnehmenden ausführliche, etwa einstündige halbstrukturierte Interviews per Zoom geführt. Dabei wurden mit den Teilnehmenden diverse Themen rund ums Aufhören diskutiert. Für die aktuelle Analyse haben sich die Autoren speziell auf Fragen zur Anwendung von Ausstiegsstrategien konzentriert. Zu den Einschlusskriterien gehörte, dass Teilnehmende über 18 Jahre alt waren, ihren Wohnsitz in Schottland hatten und sechs Monate bis 10 Jahre vor den Interviews ohne Unterstützung mit dem Rauchen aufgehört hatten. Die Teilnehmenden erhielten als Entschädigung einen Gutschein in Höhe von 10 Pfund. Ein erfolgreicher Selbstausstieg wurde definiert als das Aufhören mit dem Rauchen „auf eigene Faust“, ohne Hilfe von Health Professionals oder Medikamenten. Diese Definition schloss die Verwendung formeller Ausstiegshilfen wie der Nikotinersatztherapie, andere pharmakologische Unterstützung oder Verhaltenstherapie zum Zeitpunkt des Aufhörens aus. Nicht ausgeschlossen wurden die aktuelle Nutzung anderer Tabakprodukte, E-Zigaretten oder der Konsum anderer Substanzen wie Alkohol etc.

In den Interviews wurden die Teilnehmenden zur Reflexion über verschiedene Formen der Selbstregulation ermutigt (z. B. Veränderung der Umgebung, Unterstützung suchen, Ablenkung, Gedanken umformulieren). So wurden situative Strategien durch Prompts erforscht wie: „Haben Sie in irgendeiner Form Ihre Umgebung verändert oder haben Sie mit Absicht Situationen oder bestimmte Personen vermieden, die einen ans Rauchen erinnern? Können Sie sagen, warum Sie das gemacht haben?“ Kognitive Strategien wurden anhand von Fragen wie „Haben Sie in irgendeiner Form Ihre Einstellung dem Rauchen gegenüber während des Aufhörens geändert?“ erfasst.

Die relevanten Aussagen zur Anwendung von Ausstiegsstrategien wurden transkribiert und kodiert. Es wurde eine induktive und deduktive Inhaltsanalyse kombiniert. Induktiv erfasst wurde, wie Selbstaussteiger ihre Erfahrungen konzeptualisierten. Sie beschrieben das Aufhören auf reichhaltige und vielfältige Weise, indem sie Metaphern wie ‚Geisteskrankheit‘ verwendeten oder über Empfindungen in der Lunge, den zukünftigen Seelenfrieden oder das ‚beschäftigt bleiben‘ sprachen. Die anschließende deduktive Stufe ordnete dann ein, wie diese Probleme gelöst wurden, und bezog diese Erklärungen der Teilnehmenden auf etablierte Selbstregulations- und Verhaltensänderungstheorien (die in dieser Besprechung nicht im Detail behandelt werden).

■ Ergebnisse

Die induktive Analyse untersuchte, wie die Teilnehmenden die Herausforderungen des Aufhörens schildern und die Art und Weise, wie sie diese Herausforderungen meisterten. Daraus wurden 267 Kodierungen gewonnen, zu denen 442 Referenzen gezählt wurden. Für die Inhaltsanalyse wurden Prozentsätze aus den 442 Referenzen über alle Themen hinweg berechnet. „Thema“ bezeichnet eine übergeordnete Kategorie, die bedeutende Muster beinhaltet, mit denen Herausforderungen und Ereignisse während des Ausstiegs bewältigt werden (z. B. das Beenden von Beziehungen zu rauchenden Freunden). Strategie wurde definiert als zielgerichtete Klasse von Methoden – basierend auf vordefinierten Methoden – die die Teilnehmer zum Umgang mit Herausforderungen des Rauchstopps entsprechend des Prozessmodells der Selbstregulierung. Als Technik definiert wurde ein ‚aktiver Bestandteil‘ der Verhaltensänderung, wie sie in der Behavior Change Technique (BCT)-Taxonomie bezeichnet wird. Die Taxonomie der Verhaltensänderung enthält 16 unterschiedliche

Kategorien mit 93 Techniken zur Verhaltensänderung („behaviour change technics“, BCTs), die „beobachtbare, reproduzierbare und vereinfachte Komponenten einer Intervention sind, die darauf abzielen, Prozesse zu verändern, die das Verhalten regulieren“. Diese Techniken waren in Strategien eingebettet. Im Folgenden werden die sieben identifizierten Themen mit den entsprechenden Aussagen der Teilnehmenden vorgestellt:

Das am häufigsten genannte Thema ‚Dinge anders machen‘ (134/442, 30,3 %) zeigte, wie die Teilnehmenden ihre täglichen Routinen veränderten. „Ich habe dafür gesorgt, dass ich etwas habe, womit ich mich beschäftigt halte, dann war es ganz ok“. Eine Teilnehmende beschrieb, wie sie sich unmittelbar nach dem Essen vom Tisch entfernte, um die Zigarette nach dem Essen zu vermeiden. Sie erklärte: „Es ist eine Unterbrechung dessen, was normalerweise passiert wäre, ... wir haben unser Dessert genossen, vielleicht eine Tasse Tee oder Kaffee, und eine Zigarette. Also, wenn ich diese letzten Schritte nicht machen würde, dann würde es nicht passieren.“

‚Vermeiden von Risikosituationen‘ (74/442, 16,7 %) erfasste Bemühungen, Umgebungen zu vermeiden, die mit Rauchen verknüpft sind oder dazu ermutigen. Zum Beispiel lehnte eine Teilnehmerin es ab, an einem Geburtstag einer Freundin teilzunehmen und erklärte, dass sie zu vulnerabel sei und wahrscheinlich wieder rückfällig würde, wenn sie mit Zigaretten und Alkohol in Kontakt käme. Auf ähnliche Weise vermied ein anderer Teilnehmer rauchende Freunde, da er erkannte, dass diese Kontakte wahrscheinlich zum Rückfall führen und sagte: „Ich wusste, wenn wir noch zusammen abhängen, würde ich wieder rückfällig werden.“ Eine Teilnehmerin vermied es, in dem Zeitungsladen einzukaufen, in dem sie früher Zigaretten kaufte und erklärte: „Ich gehe nicht in die Nähe

des Ladens, und er ist direkt gegenüber von mir. Ich gehe woanders hin“. Einige andere Teilnehmende achteten darauf, nicht allein im Zimmer oder geschlossenen Räumen zu bleiben, da sie Isolation als Auslöser für Rauchverlangen und Rückfälle erkannten.

Die Teilnehmenden suchten Unterstützung bei Freunden und Familie und setzten dabei verschiedene Strategien ein, von emotionaler Ermutigung bis zur praktischen Unterstützung (51/442, 11,5 %). Zum Beispiel hob eine der Befragten die Bedeutung ihrer Familie und Kollegen hervor und sagte: „Wenn ich einen schlechten Tag hatte, sprach ich mit demjenigen, der gerade da war. Ich habe ganz offen von meinem Kampf erzählt. Und es hat mir geholfen, damit umzugehen, einfach sagen zu können, dass ich einen wirklich schlechten Tag habe, dass ich wirklich eine Zigarette will, und sie haben mir ihre Aufmerksamkeit geschenkt. Wir haben geredet, wir haben etwas unternommen. Es konnte so albern sein wie bei der Arbeit zu kichern..., aber es hat mich aus diesem Moment herausgerissen“.

Die beiden Themen ‚Allmähliches Aufhören‘ und ‚Nein zu Zigaretten sagen‘ (jeweils 45/442, 10,2 %) beinhalteten Methoden zur Konsumreduktion oder dem Widerstehen von Rauchverlangen. Ein Befragter fasste dies mit den Worten zusammen: „Es ist nicht leicht, einfach so auf einmal aufzuhören. Das ist etwas, das man nach und nach machen muss, da ich eigentlich keinen Arzt aufsuchen wollte, der mir Medikamente verabreicht... Ich habe alleine aufgehört, also musste es allmählich geschehen“. Ein anderer Teilnehmer sprach über den Gruppendruck am Arbeitsplatz: „Viele unserer Arbeitskollegen im Team haben auch geraucht. Also sagten sie: Hier, nimm eine. Ich dachte nur, nein, ich will keine, ich habe kein Interesse. Es ist ein bisschen so wie als ich mit dem Rauchen anfang. Es ist fast wie Gruppenzwang in der

Schule“ Er beschrieb auch, wie er das erste Mal beim abendlichen Ausgang eine Zigarette ablehnte und merkte an: „Als ich an dem Abend nach Hause kam, dachte ich, ich habe tatsächlich heute Abend nicht geraucht, das gibt mir ein gutes Gefühl.“

Einige Teilnehmende konzentrierten sich darauf, „Gedanken zum Rauchen zu verändern“ (41/442, 9,3 %), und bewerteten die Vorteile des Aufhörens stärker. Mehrere Teilnehmende visualisierten die negativen Folgen des Rauchens: „Was ich gedacht habe, war das Gefühl in meiner Lunge, [...] und das hat mich davon abgehalten [...] weil ich wusste, dass es zurückkommen würde... Ich dachte auch an das Gefühl, das ich habe, wenn ich den Hügel hinaufgehe, und gerade eine Zigarette geraucht habe, dass ich nicht mehr so frei atmen kann“.

Das Thema „klare Grenzen setzen, wozu auch das Beenden von Beziehungen gehörte, die

den eigenen Fortschritt behinderten“ (23/442, 5,2 %) fand sich in Äußerungen wie: „Ich musste aufhören, mich mit meinen rauchenden Freunden zu treffen, und es war sehr schwer für mich, weil wir eine Freundschaft entwickelt hatten, eine Verbindung. Aber ich musste das tun. Denn jedes Mal, wenn ich mit ihnen zusammen war, wollte ich rauchen, und ich wollte nicht wieder zum Rauchen zurück“.

Die Entscheidung, Beziehungen zu beenden, eröffnete andererseits Möglichkeiten für neue Freundschaften und das Zusammentreffen mit verschiedenen anderen sozialen Gruppen, was größere Veränderungen in den Routinen und Umgebungen der Teilnehmenden widerspiegelt. „Ich begann, mich mit verschiedenen Menschen in unterschiedlichen Umgebungen zu treffen. Statt also in Pubs zu gehen, in denen viele Leute von früher am Rauchen waren, fing ich an, in Cafés zu gehen. Andere soziale Gruppen, verschiedene Menschen, die Kaffee mögen, statt ein Bier mit einer Zigarette.“

Insgesamt zeigen die induktiven Themen und die deduktive Analyse, dass die Teilnehmenden sich auf anspruchsvolle Weise selbst regulierten, und dabei bestimmte Techniken anwandten, um einen erfolgreichen Selbstausstieg zu ermöglichen.

■ Diskussion

Diese Studie liefert eine detaillierte Untersuchung der vielfältigen Selbstregulationsstrategien und Verhaltensänderungs-Techniken, die sich bei nicht-assistierten Rauchstopphandlungen beobachten lassen, die weit über die Begrenzung der Zuschreibung auf das Konzept von „Willenskraft“ hinausgehen. Im Durchschnitt berichten die Teilnehmenden von etwa sieben angewandten behavior change-Techniken, was die Vermutung nahelegt, dass Selbstausstieg eher darauf basiert, aus einem ‚Werkzeugkasten‘ von Strategien zu schöpfen. Der verwendete

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

qualitative Ansatz entschlüsselt das Konzept der Willenskraft bei nicht-assistierten Rauchstopphandlungen, indem er sich auf die gelebten Erfahrungen und selbstartikulierten Herausforderungen von Individuen stützt, die es ermöglichen, die vielfältigen angewandten, kontextspezifischen Strategien einzuordnen. Es konnte ein systematisches Profil der Strategien identifiziert werden, die zur Überwindung der jeweiligen Herausforderungen verwendet wurden. Diese Strategien zielten meist auf Veränderung der physischen und sozialen Umgebung ab, was angesichts der sehr stark verwurzelten Gewohnheit

(Gewohnheitsraucher ziehen jährlich 73 000- bis 146 000-mal an einer Zigarette) gut nachvollziehbar erscheint. Dies erklärt wahrscheinlich die Beliebtheit von Strategien, die darauf abzielen, umgebungsbezogene und zwischenmenschliche Auslösereize zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren. Das oft strapazierte Konzept von Willenskraft scheint also eher ein Set von gut umsetzbaren und vermittelbaren Strategien zu sein, die auch einen praxisnahen Rahmen zum Verständnis und zur Unterstützung von Rauchstopphandlungen bei zukünftigen Interventionen wie z. B. Rauchstoppwettbewerben liefern könnten.