



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

## Editorial

Der E-Zigaretten-Konsum ist auf dem Vormarsch, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Führende Gesundheitsorganisationen fordern deshalb wirksame Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs; aber auch Interventionen zur Beendigung des Konsums erscheinen erforderlich. Ein Cochrane-Review (1) hat die aktuelle Studienlage zu beiden Themen zusammengetragen und bewertet. Wie bei der Cochrane-Arbeitsgruppe üblich, wurden nur Studien mit mindestens sechsmonatigen Nachbefragungsdaten eingeschlossen.

Drei Studien mit 10 510 Teilnehmenden im Alter von 12 bis 17 Jahren wurden berücksichtigt (zwei Studien zur Verhinderung und eine zur Beendigung des Konsums); weitere Studien laufen derzeit noch und können voraussichtlich beim nächsten Update inkludiert werden.

Zur Wirksamkeit von Interventionen zur Verhinderung des E-Zigarettenkonsums bei Kindern und Jugendlichen lagen zwei Studien aus Schweden und Australien vor. Die schwedische Studie (1176 Teilnehmende) lief über drei Jahre und beinhaltete eine Vereinbarung zwischen Betreuenden oder Eltern und den Jugendlichen, nicht mit dem Konsum anzufangen. Die Jugendlichen und ihre Betreuenden nahmen im ersten Jahr an einer

## Inhalt

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

Informationsveranstaltung teil, zudem erhielten die Jugendlichen im Rahmen des Unterrichts viermal im Jahr entsprechende altersspezifische Informationen und Tipps für praktische Aktivitäten. In der zweiten schulbasierten Studie aus Australien mit 7 654 Teilnehmenden erhielten Jugendliche das OurFutures-Programm zur Prävention des Vapens, bestehend aus vier 40-minütigen Lektionen mit Informationen über E-Zigaretten und Tabak und assertiven Ablehnungsstrategien, die mit etwa einer Woche Abstand voneinander vermittelt wurden.

In der Interventionsstudie zur Beendigung des E-Zigarettenkonsums erhielten Jugendliche über vier Wochen (wenn sie kein Ausstiegsdatum angegeben hatten) oder 14 Wochen (wenn sie ein Ausstiegsdatum angegeben hatten) maßgeschneiderte Textnachrichten, in denen mentale Unterstützung oder Nikotinersatztherapie thematisiert wurden.

Die jeweiligen Kontrollbedingungen in den zwei Präventionsstudien erhielten entweder eine Minimalintervention (vier Unterrichtsstunden

(1) Barnes C, Turon H, Hall AE, Bialek C, McCrabb S, Hodder RK, Yoong S, Stockings E, Agyei DD, Mantach S & Wolfenden L (2026) Interventions to prevent or cease electronic cigarette use in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 7: CD015511, DOI: 10.1002/14651858.CD015511.pub3

pro Jahr), eine Standard-Gesundheitsaufklärung oder monatliche Textnachrichten mit der Bitte um Angabe des aktuellen E-Zigarettenkonsums.

Das Verzerrungsrisiko war in einer der beiden Präventionsstudien hoch, in den beiden restlichen Studien gering. Die Ergebnisse fielen insgesamt bescheiden aus: Präventionsmaßnahmen können im Vergleich zur üblichen Versorgung den Einstieg möglicherweise verhindern, aber die Evidenz ist sehr unsicher ( $RR=0,94$ , KI: 0,89–0,99). In absoluten Zahlen entspricht das einer Reduktion von 326 (in den Kontrollbedingungen) auf 307 (in den beiden Interventionsgruppen) von je 1000 Jugendlichen, die jemals E-Zigaretten konsumiert hatten. Die Interventionsstudie zur Beendigung des Konsums gab die 30-Tage-Punktprävalenz-Abstinenz nach sieben Monaten an, zusätzlich noch die 30-Tage-Punktprävalenz-Abstinenz nach sowohl einem als auch sieben Monaten, jeweils basierend auf Selbstangaben. Die Teilnahme an dem Interventionsprogramm ging mit einem um 27 Prozent geringeren E-Zigarettenkonsum einher ( $RR=0,73$ , KI: 0,65–0,82). Das entspricht in absoluten Zahlen einer Reduktion von 617 von 1000 Jugendlichen, die in der Kontrollgruppe nach sieben Monaten noch E-Zigaretten konsumierten auf 450 (KI: 401–506) Jugendliche in der Interventionsgruppe.

Es besteht aktuell noch ein großer Bedarf an weiteren hochwertigen Studien, um die Effekte von Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs und Beendigung des Konsums von E-Zigaretten besser bewerten zu können. Da es sich um ein „living systematic review“ handelt, bei dem jeden Monat nach neuen Belegen gesucht wird, ist damit zu rechnen, dass die Evidenzbasis erweitert und bald ein aktualisiertes Review vorliegen wird.

Wenn man die aktuellen Zahlen der „Deutschen Befragung zum Rauchverhalten“ (DEBRA, <https://www.debra-study.info>) vom Juni 2026

betrachtet (35,1 Prozent Prävalenz, 33 Prozent gleitender Mittelwert, 9,8 Prozent mit mindestens einem ernsthaften Rauchstoppversuch in den letzten 12 Monaten), wird der dringende Handlungsbedarf deutlich. Verstärkte Anstrengungen bei der Behandlung der Tabakabhängigkeit reichen allein nicht aus.

Medienberichten zufolge soll die Tabaksteuer bis zum Jahr 2030 stärker ansteigen als bisher geplant. Der Preis für eine Standard-Schachtel Zigaretten soll in den kommenden vier Jahren um etwa vier Euro auf dann zwölf Euro steigen. Konkret soll der durchschnittliche Packungspreis für Zigaretten 2027 auf 9,10 Euro, 2028 auf 9,91 Euro, 2029 auf 10,81 und 2030 auf 11,78 Euro (11,36) erhöht werden. Der Tabaksteueranteil klettert von aktuell rund vier Euro bis 2030 auf 6,19 Euro. Auch die Steuer auf Feinschnitt soll entsprechend angehoben werden.

Auch wenn der Schutz der öffentlichen Gesundheit nicht der einzige Grund für diese Erhöhung sein dürfte, ist dieser Schritt sehr zu begrüßen. Im Strategiepapier für ein tabakfreies Deutschland 2040 wird als erste von zehn Maßnahmen die deutliche Erhöhung der Tabaksteuern in jedem Jahr genannt. Es ist auch bekannt, dass in Ländern mit im weltweiten Vergleich hohem Einkommen eine zehnpromzentige Preiserhöhung die Nachfrage nach Zigaretten um etwa vier Prozent senkt.

Es ist damit zu rechnen, dass die Ausstiegsbereitschaft in der Bevölkerung im Zuge der Preiserhöhungen und damit wohl auch die Inanspruchnahme professioneller Behandlungsangebote steigen wird.

Die Rauchstopp-Kampagne Rauchfrei im Mai 2026 ist beendet. 19 544 Teilnehmende und 1 474 Unterstützende waren dabei. Die potenziellen Gewinnerinnen und Gewinner werden derzeit kontaktiert und erhalten nach einem erfolgreichen Nachweis ihrer

Rauchfreiheit durch einen ärztlich begleiteten Test die ausgelobten Preise.

In dieser für 2026 zweiten Ausgabe unseres Newsletters werden drei neue Publikationen besprochen. Zunächst präsentieren wir eine englische Studie, die die routinemäßige Tabakentwöhnungsberatung in der Primärversorgung durch Pflegekräfte daraufhin untersuchte, welche Verhaltensänderungsstrategien oder -techniken dabei vermittelt wurden, inwieweit diese mit den Empfehlungen der Behandlungsleitlinien übereinstimmen und ob es Zusammenhänge mit der Abstinenzwahrscheinlichkeit gibt. Dann folgt eine Übersichtsarbeit zu psychologischen Interventionen bei rauchenden Schwangeren. In der dritten, in Spanien durchgeführten Studie wurde das Potenzial einer ebenfalls durch Pflegekräfte vermittelten, aber

intensiveren Beratung in Verbindung mit einer Cytisin-Behandlung untersucht. Zusätzlich wurde eine Spirometrie zur Erkennung von bislang unentdeckten Atemwegserkrankungen durchgeführt.

Die Überarbeitung der deutschsprachigen S3-Leitlinie verzögert sich noch etwas. Sie wird im Herbst 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, Berlin 19.–23.10.2026. Verkürzte Schulung: München 11.–13.11.2026. Infos unter <https://rauchfrei-programm.de/schulungstermine>, Anmeldung bei [braun@ift.de](mailto: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](mailto:dezernat2@baek.de). Termine unter <https://www.baek-fortbildungssuche.de>

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

Die Deutsche Psychologen Akademie bietet vom 5.–7.10. 2026 in Berlin das 20-stündige „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V. an

Infos und Anmeldung unter Tel.

030/2 09 16 63 14, Fax 030/2 09 16 63 16 oder

<https://www.psychologenakademie.de>

24. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle vom 2. bis 3. Dezember 2026 in Heidelberg

## ■ International

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

Programm und Anmeldung unter <https://www.srnt-e.org>

## Kongresse/Tagungen

### ■ National

18. Deutscher Suchtkongress vom 21. bis 23. September 2026 in Hamburg

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



## Neue Publikationen

### **Behavior change technique delivery during routine smoking cessation advice in primary care and associations with abstinence**

*Brown EM, Lorencatto F, Coleman T, Prevost AT, Sutton S & Naughton F (2026) Transl Behav Med 16: ibag035, DOI: 10.1093/tbm/ibag035*

### ■ Hintergrund

Die englischen Tabakentwöhnungsdienste offerieren medikamentöse Ausstiegshilfen und evidenzbasierte Beratung auf Basis von Verhaltensänderungsstrategien oder -techniken (behavior change techniques, BCTs). In der Primärversorgung wird diese Beratung von Pflegekräften oder medizinischen Assistenten durchgeführt. Für diese Berufsgruppen ist Tabakentwöhnung nur eine Aufgabe von vielen, und sie erhalten im Vergleich zu

Tabakentwöhnungsspezialisten (die ausschließlich für Tabakentwöhnung zuständig sind) weniger Schulung und Supervision. Die Erstberatungen dauern etwa 15 Minuten und sollen Techniken zur Stärkung der Änderungsbereitschaft und Änderungskompetenz, Psychoedukation und Durchführung der Kohlenmonoxid (CO)-Messung, Erkennen von Hindernissen für den Ausstieg und Problemlösung, Zielvereinbarungen, Bereitstellung von Informationen zu Entzugserscheinungen, Beratung zu medikamentösen Hilfen einschließlich Rezeptierung und Organisation eines Folgetermins umfassen.

In Erfahrung zu bringen, welche konkrete Unterstützung in Form von BCTs in diesen Beratungen tatsächlich angeboten wird, wäre hilfreich, um die Wirksamkeit der Angebote zu verbessern. Ziel dieser Studie war es daher, die während der routinemäßigen Tabakentwöhnungsberatung in

der Primärversorgung an Personen vermittelten BCTs zu identifizieren, die Übereinstimmung mit den aktuellen Behandlungsleitlinien und die Zusammenhänge mit der Abstinenzwahrscheinlichkeit zu explorieren.

## ■ Methode

53 Pflegekräfte und medizinische Assistenten wurden gebeten, vorab ausgewählte Erstgespräche mit rauchenden Patientinnen und Patienten (PuP) aufzuzeichnen. Insgesamt wurden 159 Audioaufnahmen von 29 Behandelnden (54,7 Prozent gesammelt, wobei zehn Aufnahmen nicht für die Analyse berücksichtigt werden konnten. Die verbleibenden 149 Aufnahmen wurden transkribiert, analysiert und die Aussagen der behandelnden Personen entsprechend einer BCT-Taxonomie von 121 BCTs durch zwei der Autoren kodiert. So wurde zum Beispiel die Bemerkung „Also, wir legen als Ausstiegsdatum den 4. fest, okay?“ als BCT „Zielvereinbarung“ kodiert. Der Rauchstatus nach vier Wochen wurde in den Praxen erhoben und mittels CO-Messung validiert. Alle PuP wurden zudem nach acht Wochen und sechs Monaten nachbefragt (online oder per Telefon). Primäres Outcome war die selbstberichtete 2-Wochen-Punktprävalenz bei der achtwöchigen Nachbefragung. Sekundäre Endpunkte waren die CO-validierte 2-Wochen-Punktprävalenz nach vier Wochen und die selbstberichtete, kontinuierliche Abstinenz nach sechs Monaten. Zusätzlich wurden einige Kovariaten wie Ethnie, Berufsgruppe, täglicher Zigarettenkonsum, Zeit bis zur ersten Zigarette des Tages und Verwendung von medikamentösen Ausstiegshilfen berücksichtigt.

## ■ Ergebnisse

Von den 149 PuP, deren Erstkonsultation aufgezeichnet wurden, waren 26 Prozent (38/149) nach vier Wochen, 46 Prozent (68/149) nach

acht Wochen und 10 Prozent (15/149) nach sechs Monaten abstinent. Die Attritionsraten lagen bei 73 Prozent (108/149) nach vier Wochen, 83 Prozent (123/149) nach acht Wochen und 80 Prozent (119/149) nach sechs Monaten. Die durchschnittliche Dauer der aufgezeichneten Beratungen lag bei 15 Minuten ( $SD=7,4$ , Spanne 3,0–39,0).

Die Anzahl der vermittelten BCTs betrug durchschnittlich 20,8 ( $SD=6,7$ ) mit einer Spanne von 8 bis 51 BCTs pro Konsultation. 85 von möglichen 121 BCTs wurden mindestens einmal in den 149 Konsultationen vermittelt, 17 in mindestens 50 Prozent der Konsultationen.

Die sechs am häufigsten durchgeführten BCTs (bei > 90 Prozent der Konsultationen kodiert) waren: Pharmakologische Unterstützung (100 Prozent,  $N=149$ ), Rückversicherung (95 Prozent,  $N=142$ ), Zielvereinbarung (Verhalten) (95 Prozent,  $N=142$ ), Aufbau einer förderlichen Beziehung (91 Prozent,  $N=136$ ), Biofeedback (CO-Messung, 91 Prozent,  $N=136$ ) und Klären von Erwartungen bezüglich des Behandlungsprogramms (90 Prozent,  $N=134$ ).

Wenn nur die von den National Centre for Smoking Cessation and Training (NCSCT)-Behandlungsleitlinien empfohlenen BCTs betrachtet werden, wurden 29 von 30 (96,7 Prozent in mindestens einer der 149 Konsultationen eingesetzt ( $M=13,4$ ,  $SD=2,76$ )). Zehn der empfohlenen 30 (33 Prozent) BCTs wurden in mindestens 50 Prozent der Konsultationen vermittelt. In keiner der Beratungen gab es materielle Belohnungen; Selbstbeobachtung, Commitment sowie die Gegenüberstellung von Vor- und Nachteilen des Rauchens wurden nur in ein bis zwei Prozent der Beratungen kodiert.

Die Gesamtzahl der jeweils vermittelten BCTs korrelierte erwartungsgemäß stark mit der Dauer der Konsultation.

Zusammenhang zwischen der Anzahl der vermittelten BCTs und Abstinenz:

Zwischen der Gesamtzahl der BCTs in der Erstkonsultation und dem primären Outcome – Abstinenz nach 8 Wochen – gab es keinen signifikanten Zusammenhang (OR=1,00, KI: 0,98–1,01,  $p=0,95$ ), ebenso wenig wie für die sekundären Outcomes biochemisch validierte Abstinenz nach vier Wochen (OR=1,01, KI: 1,03,  $p=0,07$ ) oder kontinuierliche Abstinenz nach sechs Monaten (OR=1,00, KI: 0,99–1,01,  $p=0,82$ ). Die Gesamtzahl der von den Leitlinien empfohlenen BCTs war ebenfalls nicht signifikant mit dem primären Outcome assoziiert (OR=0,99, KI: 0,96–1,02,  $p=0,39$ ). Auch mit der Abstinenz nach 6 Monaten gab es keinen auffälligen Zusammenhang (OR=1,00, KI: 0,98–1,02;  $p=0,88$ ). Mit der Abstinenz nach vier Wochen war sie hingegen positiv assoziiert (OR=1,03, KI: 1,00–1,06,  $p=0,03$ ).

Explorative Analysen fanden einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der Vermittlung einer bestimmten BCT und der Abstinenz nach acht Wochen: reflektierendes Zuhören (OR=1,57, KI: 1,00–2,48,  $p=0,05$ ). Ein grenzwertig negativer signifikanter Zusammenhang wurde für die Selbstbeobachtung des Verhaltens ermittelt (OR=0,35, KI: 0,12–1,02,  $p=0,053$ ).

## ■ Diskussion

Über alle Konsultationen wurde eine große Anzahl (85) verschiedener BCTs vermittelt. Die Gesamtzahl der BCTs war nicht mit Abstinenz assoziiert, wenn auch die Anzahl der in den Leitlinien empfohlenen BCTs mit kurzfristiger Abstinenz verbunden war. Darüber hinaus wurden in allen Konsultationen mindestens sechs der 30 in der Leitlinie empfohlenen BCTs und in mindestens der Hälfte aller Konsultationen zehn oder mehr vermittelt.

Die Ergebnisse bestätigen die Hypothese, dass die von den Pflegekräften empfohlenen BCTs erheblich variieren und seltener vermittelt werden als bei spezialisierten Gesundheitsberufen, deren einzige Aufgabe es ist, Tabakentwöhnung anzubieten.

Im Einklang mit früheren Forschungsergebnissen konnte kein Zusammenhang zwischen der Gesamtzahl der vermittelten BCTs und der Abstinenzwahrscheinlichkeit identifiziert werden. Die bloße Anzahl der BCTs scheint kein entscheidender Faktor zu sein. Zwar gab es einen Zusammenhang zwischen der Gesamtzahl der von den nationalen Leitlinien empfohlenen BCTs und der kurzfristigen Abstinenz. Angesichts der geringen Effektstärke sollte dies nicht als Dosis-Wirkungs-Beziehung überinterpretiert werden. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Beratungsdauer von 15 Minuten ist es plausibel, dass nur eine Teilmenge der 30 in den Behandlungsleitlinien empfohlenen BCTs vermittelt wurden. Zwei einzelne BCTs zeigten eine Assoziation bzw. grenzwertige Assoziation mit Abstinenz: reflektierendes Zuhören (positive Assoziation) und Selbstbeobachtung des Verhaltens (grenzwertige negative Assoziation). Angesichts des explorativen Charakters der Analyse sollte dieses Ergebnis mit Zurückhaltung interpretiert und primär dazu genutzt werden, Hypothesen für zukünftige Studien zu generieren. So weist die Assoziation zwischen reflektierendem Zuhören und Abstinenz auf die Bedeutung des therapeutischen Arbeitsbündnisses hin.

Eine plausible Erklärung für den fehlenden Zusammenhang zwischen der Anzahl der vermittelten BCTs und der Abstinenz könnte sein, dass Pflegekräfte PuP mit größerem Unterstützungsbedarf (aufgrund stärkerer Tabakabhängigkeit oder fehlender sozialer Unterstützung im natürlichen Umfeld) mehr Unterstützung im Sinne von mehr vermittelten BCTs zukommen lassen.

Die begrenzte Evidenz für einen Nutzen der BCT-Vermittlung, auch solcher, die in den Behandlungsleitlinien empfohlen werden, legt die Vermutung nahe, dass andere Faktoren wie Änderungsbereitschaft und -kompetenz, Stärke der Tabakabhängigkeit, wahrgenommene Kompetenz der Beratungspersonen usw. Einfluss auf die Erreichung von Abstinenz haben. Zudem muss unterschieden werden zwischen der Vermittlung von BCTs in der Beratung und deren Anwendung im Alltag der PuP.

### **Psychological interventions for smoking cessation in pregnant women: A systematic review**

*Posse CM & Míguez MC (2026) Nicotine Tob Res, DOI: 10.1093/ntr/ntag143*

#### ■ Hintergrund

Rauchen während der Schwangerschaft birgt erhebliche Risiken für die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen. Angesichts des hohen Anteils von Frauen, die in dieser Zeit weiterhin rauchen, sind wirksame Maßnahmen zur Unterstützung rauchender Schwangerer notwendig. Ziel dieser Übersichtsarbeit war es, festzustellen, welche psychologischen Interventionen zur Tabakentwöhnung während der Schwangerschaft umgesetzt wurden und wie wirksam diese jeweils sind. Insbesondere wurde geprüft, welche Formen psychologischer Interventionen durchgeführt wurden, um Frauen beim Rauchstopp während der Schwangerschaft zu unterstützen.

#### ■ Methode

Der Auswahlprozess der Studien erfolgte gemäß den Empfehlungen der Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)-Leitlinien. Die Einschlusskriterien

für die ausgewählten Studien waren wie folgt: 1) veröffentlicht in wissenschaftlichen Fachzeitschriften zwischen 2010 und 2024, 2) auf Englisch oder Spanisch verfasst, 3) durchgeführt mit schwangeren Raucherinnen ab 18 Jahren, 4) mindestens eine Interventionsgruppe basierend auf psychologischen Komponenten, 5) detaillierte Beschreibung der angewandten Intervention, 6) mit dem Ziel, Schwangeren beim Aufhören zu unterstützen und die Wirksamkeit der Intervention anhand der erzielten Tabakabstinenz zu messen.

Die Studien wurden in zwei Kategorien unterteilt: solche, die die Wirksamkeit von Face-to-Face-Interventionen untersuchten, und als zweite Kategorie Studien, die die Wirksamkeit von nicht-persönlichen Interventionen untersuchten. Nach Ausschluss von Dubletten und Studien, die nicht-psychologische Interventionen beinhalteten oder die nur in der postpartalen Zeit stattfanden, wurde der Volltext bei 33 ausgewählten Studien analysiert und schließlich 28 Studien aufgenommen. Zusätzlich wurden sieben weitere Studien durch manuelle Suche identifiziert, so dass die Gesamtzahl der in dieser Literaturübersicht enthaltenen Publikationen auf 35 stieg, die sämtlich auf Englisch verfasst waren. Die Studienqualität wurde mittels zweier Instrumente bewertet.

#### ■ Ergebnisse

Die Interventionen wurden als persönlich (n=17) und nicht persönlich (n=18) kategorisiert. Persönliche — face-to-face — Interventionen umfassten Kurzinterventionen (n=10), kognitiv-verhaltensbezogene Interventionen (n=5) und Interventionen zur Verbesserung der Unterstützung (n=2). Nicht-persönliche Interventionen wurden per Textnachrichten (n=10), Internet (n=1), mobilen Apps (n=2) und Telefon (n=5) bereitgestellt.

## **Face-to-face Interventionen – Kurzinterventionen**

Diese Interventionen werden üblicherweise von Gesundheitsfachkräften wie Hebammen durchgeführt und basieren häufig auf dem 5A-Modell (ask, advise, assess, assist, arrange). Hier wurden zehn Studien mit kurzer Beratung einbezogen. Diese Studien wurden in den USA (N=5), Südafrika, Australien, Indien, der Türkei und Griechenland (jeweils eine) durchgeführt. Die Studien umfassten Stichprobengrößen von 42 bis 1093 Frauen. In sieben der zehn Studien wurde das 5A-Modell eingesetzt, und sechs basierten auf Techniken des Motivational Interviewing.

Die Anzahl der Sitzungen wurde in fünf der Studien nicht angegeben, da die Interventionen bei routinemäßigen Terminen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge durchgeführt wurden. Zwei Studien umfassten nur eine einzige Interventionssitzung, vor der 24. Schwangerschaftswoche oder beim ersten pränatalen Besuch. Eine Studie führte zwei Sitzungen durch, eine bei dem ersten pränatalen Besuch und eine einen Monat später. Zwei Studien umfassten vier Sitzungen, eine mit nur einer Sitzung am Ende des zweiten Trimesters und drei weitere bei nachfolgenden pränatalen Terminen.

Von den zehn überprüften Studien berichteten vier von statistisch signifikanten Unterschieden in den Abstinenzquoten; hier wurde jeweils das 5A-Modell eingesetzt. Die Abstinenzquoten der Kontrollbedingungen CG lagen zwischen 0,7 Prozent (am Ende der Schwangerschaft) und 21,4 Prozent (32. Schwangerschaftswoche), die der Interventionsgruppen IG zwischen 8,4 Prozent (Ende der Schwangerschaft) und 45,2 Prozent (32. Schwangerschaftswoche).

## **Face-to-face Interventionen – kognitiv-verhaltensbezogene Interventionen**

Eine Studie umfasste vier Sitzungen (zwei während der Schwangerschaft und zwei während des Wochenbetts), eine andere Studie 24 und eine weitere zwischen fünf und sechs Sitzungen, abhängig vom jeweiligen Ausstiegsdatum. Zwei der drei analysierten Interventionen basierten auf Motivational Interviewing. Nur eine Intervention war wirksam (9,6 Prozent kontinuierliche Abstinenz im Vergleich zu 2,8 Prozent in der Kontrollgruppe). In einer anderen Studie wurden insgesamt keine signifikanten Unterschiede ermittelt, aber in der Untergruppe der Frauen mit der größten Adhärenz war die kognitive Verhaltenstherapie wirksamer (37,3 Prozent) als die Intervention in der Kontrollgruppe (19 Prozent). In zwei weiteren Studien wurde zusätzlich negative Emotionsregulation vermittelt, die darauf abzielte, die emotionale Befindlichkeit zu verbessern und dadurch den Bedarf an Tabakkonsum als Bewältigungsstrategie zu verringern. Keine dieser Maßnahmen führte zu signifikanten Unterschieden bei den Abstinenzquoten.

## **Face-to-face Interventionen – Interventionen zur Stärkung der sozialen Unterstützung**

In einer Studie wurde untersucht, ob die Schulung von Personen aus dem sozialen Umfeld, wie sie schwangere Frauen unterstützen können, die Abstinenzwahrscheinlichkeit erhöht. Schwangere Frauen erhielten eine einzelne Beratung zur Tabakentwöhnung; die Personen, die die Teilnehmerinnen unterstützten, nahmen an einer persönlichen Beratungssitzung teil und erhielten weiter monatliche Telefonsitzungen, in denen Aktivitäten identifiziert wurden, die zur Unterstützung der Tabakentwöhnung dienen könnten. Es gab keine signifikanten Unterschiede zur

Kontrollgruppe am Ende der Schwangerschaft (13 Prozent vs. 3,6 Prozent oder drei Monate nach der Geburt (9,3 Prozent vs. 0 Prozent).

Die zweite Studie wurde in den Niederlanden durchgeführt. Hier boten speziell ausgebildeten Pflegekräfte während 50 Hausbesuchen (10 Besuche während der Schwangerschaft, 20 im ersten Wochenbettjahr und 20 im zweiten Wochenbettjahr) u. a. Unterstützung zur Tabakentwöhnung an. Statistisch signifikante Unterschiede wurden in der 32. Schwangerschaftswoche und zwei Monate nach der Geburt ermittelt (51 Prozent Abstinenz für die Interventionsgruppe IG, 38 Prozent für die Kontrollgruppe CG,  $p=0,02$ ).

### **Nicht persönliche Interventionen – Apps**

Zwei Studien untersuchten eine Rauchstoppintervention mittels mobiler Apps. Die erste Studie wurde mit einer Stichprobe von 42 schwangeren Frauen durchgeführt und analysierte die Wirksamkeit eines ernsthaften Spiels zum Rauchstopp während der Schwangerschaft mit Informationen über das Rauchen und kleinen spielerischen Elementen zur Unterhaltung und Aufklärung sowie ein visuelles Protokoll zur Beobachtung des Fortschritts während der gesamten Intervention. Die zweite Studie wurde mit einer Stichprobe von 156 schwangeren Frauen durchgeführt und analysierte die Wirksamkeit einer App mit einem personalisierten Rauchstopplan und informativen Inhalten zu Stressreduktion und Problemlösungstraining. Die App ermöglichte es auch, bei großer Anspannung oder nach dem Rauchen mit ihr zu interagieren. Die erste Studie berichtete über statistisch signifikante Unterschiede, mit einer kontinuierlichen Abstinenzquote bei der Geburt von 57 Prozent in der IG und 14 Prozent in der CG. Die zweite Studie fand zu beiden Zeitpunkten keine Unterschiede in den Rauchstopquoten.

### **Nicht persönliche Interventionen – Textnachrichten**

Zehn der untersuchten Interventionen bestanden aus Textnachrichten. Die Stichprobengrößen variierten stark (zwischen 28 und 1002 Frauen). In vier der Studien kam das „MiQuit“-Programm zum Einsatz. Dieses Programm setzt vor allem darauf, Frauen zu Aufhörversuchen zu ermutigen. Dazu werden individuelle Nachrichten gesendet (bis zu 2 Nachrichten pro Tag über 11 Wochen), wobei ein Ausstiegstermin festgelegt wird. Zusätzlich werden Informationen zur fetalen Entwicklung, Motivation, zur Vorbereitung auf das Aufhören, Entzugserleben, Bewältigung von Rauchauslösern und zur Rückfallprävention gegeben. Eine Studie untersuchte das „Quit4baby“-Programm. Hier war es Ziel der Botschaften, die Selbstwirksamkeit zu verbessern, Informationen über die Vorteile des Aufhörens für Mutter und Kind bereitzustellen und die soziale Unterstützung sicherzustellen. Täglich wurden zwischen ein und acht Nachrichten gesendet, mit den meisten Nachrichten am Ausstiegstermin und in den Tagen unmittelbar danach. Nach dem Rauchstopp nahm der Versand der Nachrichten allmählich ab und endete nach drei Monaten. Weitere 24 Nachrichten zur Rückfallprävention wurden zwischen einem Monat vor und sechs Monaten nach dem Geburtstermin gesendet. Ein weiteres untersuchtes Programm namens SmoKing In Pregnancy – Intervening with Texts (SKIP-IT) enthielt automatisierte Textnachrichten, die eine fiktive Geschichte einer jungen schwangeren Frau erzählen, die versucht, mit dem Rauchen aufzuhören, indem sie eine Reihe häufig vorkommender Barrieren überwindet und Bilder den sich vergrößernden Fötus zeigen und seine Entwicklungsstufe beschreiben.

Die Intervention in den verbleibenden vier Studien beinhaltete unterstützende Botschaften, um Frauen beim Aufhören mit

dem Rauchen zu helfen. Keine der neun Textnachrichten-Interventionen zeigte statistisch signifikante Unterschiede bei den Abstinenzquoten.

### **Nicht persönliche Interventionen – Telefonberatung**

Fünf Studien untersuchten die Wirksamkeit telefonischer Rauchstopppberatung, wobei zwei der Studien keine Kontrollgruppe inkludiert hatten. In allen fünf Studien war das Telefon das Medium für die gesamte oder zu großen Teilen durchgeführte Behandlung. In einer der Studien wurden maximal acht Anrufe getätigt. In einer weiteren Studie wurden neun Anrufe durchgeführt: sieben während der Schwangerschaft (davon einer kurz vor der Geburt) und die übrigen beiden zwei bzw. vier Wochen nach der Geburt. In der dritten Studie wurden fünf Anrufe getätigt, während in einer weiteren drei Anrufe stattfanden, jeweils einen, zwei und sechs Monate nach einer ersten persönlichen Beratung. In der fünften analysierten Studie gab es vier Anrufe (1, 2, 4 und 6 Wochen nach der ersten perinatalen Untersuchung). Die Anruferdauer reichte von 10 bis 45 Minuten.

An Inhalten wurden in den telefonischen Kontakten schwangerschaftsspezifische Probleme wie den wahrgenommenen Mangel an Kontrolle über den Zeitpunkt des Aufhörens, das entstehende Selbstbild als nichtrauchende Mutter, Stimmungsmanagement und Abstinenz nach der Geburt vermittelt. In einer anderen Studie standen die Motivation und Techniken zum Aufhören und zur Überwindung möglicher Barrieren im Mittelpunkt. In einer weiteren Studie wurde in der ersten Sitzung ein Aufhörtermin festgelegt, und bei den nachfolgenden Anrufen wurde der Rauchstatus der Teilnehmerinnen geprüft und die Motivation und Selbstwirksamkeit gestärkt. In einer Studie umfasste die erste Beratung Motivierungsstrategien, Umgang mit Rauchverlangen und

Entzug, Vorbereitung des Rauchstopptermens und die Identifikation persönlicher Auslösereize.

Nur in einer dieser fünf Interventionsstudien wurden signifikante Unterschiede bei den Abstinenzquoten festgestellt: Zwei Monate nach der Geburt waren 22,1 Prozent der IG abstinent, verglichen mit 14,8 Prozent der CG ( $p < 0,001$ ). Sechs Monate nach der Geburt blieben 14,4 Prozent der IG und 8,2 Prozent der CG abstinent ( $p < 0,001$ ).

### **■ Diskussion**

Dies ist die wohl erste Übersichtsarbeit, die psychologische Interventionen zur Tabakentwöhnung während der Schwangerschaft untersuchte, wobei persönlich und nicht-persönlich durchgeführte Interventionen getrennt bewertet wurden. Die Überprüfung der Wirksamkeit der nicht persönlichen Formate ist besonders seit COVID-19 bedeutsam, da Frauen dadurch leichter Zugang zu Interventionen haben, wenn persönliche Beratungsformen nicht einfach verfügbar sind.

Psychologische Interventionen zur Unterstützung von Frauen beim Aufhören mit dem Rauchen während der Schwangerschaft sind wirksam und erhöhen den Anteil der Frauen, die mit dem Rauchen aufhören. Die am weitesten verbreiteten Interventionen sind Kurzinterventionen mit Abstinenzquoten zwischen 8,4 Prozent und 51 Prozent, was sie zur schnellsten und effektivsten Option in dieser besonderen Lebensphase macht. Kognitiv-verhaltensbezogene Interventionen sind bei dieser Zielgruppe ebenfalls eine vielversprechende Option, mit Abstinenzquoten von 9,6 Prozent bis 37,3 Prozent. Angesichts des starken Zusammenhangs zwischen einer ängstlich-depressiven Symptomatik und perinatalem Rauchen scheint es ratsam, Komponenten zur Emotionsregulierung mit einzubeziehen, insbesondere bei Frauen mit depressiveren

Symptomen. Zukünftige Interventionen sollten psychoedukative Elemente dazu enthalten und bewährte Verhaltensänderungsstrategien sowie soziale Unterstützung für schwangere Frauen bieten. Diese Maßnahmen sollten in der frühen Schwangerschaftsphase durchgeführt werden und zwischen vier und sechs Sitzungen umfassen. Zwar sind Interventionen per Textnachrichten weit verbreitet und besonders niederschwellig, jedoch erwiesen sich diese Interventionen nicht als wirksam. Apps und Telefonberatung hingegen erscheinen vielversprechender, für eine fundierte Einschätzung ihres Potenzials sind aber weitere Studien erforderlich. Telefonberatung ist in der Allgemeinbevölkerung wirksam, ebenso wie mobile Apps und SMS-basierte Interventionen. Diese Interventionen sollten daher für den Einsatz bei schwangeren Frauen zugeschnitten und dann evaluiert werden.

### **Nurse-led smoking cessation with cytisinicline in primary care: An intervention study**

*García RM, Villoria MGE, Fernandez-Martínez MN, Madero AD & Fernandez-García D (2026) Int J Nurs Stud Adv 11: 100578, DOI: 10.1016/j.ijnsa.2026.100578*

#### ■ Hintergrund

Belege zur Wirksamkeit von pflegekraftgeleiteten Interventionen in der Primärversorgung und dem Einsatz von Cytisin sind bislang begrenzt. Zudem werden Atemwegserkrankungen bei rauchenden PuP häufig unterdiagnostiziert. Ziel dieser Studie war deshalb zum einen die Ermittlung der Wirksamkeit einer umfassenden, von Pflegekräften geleiteten Intervention unter Verwendung von Cytisin, und zum anderen, Atemwegserkrankungen in dieser Population zu identifizieren, die zuvor nicht diagnostiziert

worden waren. Zusätzlich sollten Merkmale ermittelt werden, die mit Abstinenz bzw. Rückfall nach zwölf Monaten in Verbindung stehen.

#### ■ Methode

Es handelte sich um eine prospektive multi-zentrische Beobachtungsstudie in der Primärversorgung. Die Intervention basierte auf einem strukturierten Pflegemodell, das intensive verhaltenstherapeutische Beratung und pharmakologische Behandlung mit Cytisin kombinierte. Die Pflegekräfte waren für die Beratung, Sicherstellung der Adhärenz, die strukturierte Nachbeobachtung und die Spirometrie verantwortlich, wohingegen Ärztinnen und Ärzte für die Verordnung der medikamentösen Therapie zuständig waren. Die Teilnehmenden wurden zwölf Monate lang begleitet. Eine Intention-to-treat Analyse wurde durchgeführt, wobei nicht erreichte PuP als Rückfälle gezählt wurden.

Die Abhängigkeit wurde mit dem Fagerström-Test, die Motivation zum Aufhören mit einer visuellen Analog-Skala und auftretende Entzugssymptome mit der Minnesota Nicotine Withdrawal Scale ermittelt. Entzugssymptome wurden während der pharmakologischen Behandlung und einige Tage nach Abschluss der Behandlung erfragt. Das Auftreten und die Art der unerwünschten Nebenwirkungen, das Datum des Behandlungsbeginns und der erste Tag vollständiger Abstinenz wurden ebenfalls dokumentiert.

Das Rauchverhalten wurde nach 1, 3 und 6 Monaten (selbstberichtet) und nach 12 Monaten (zusätzlich mit biochemischer Verifikation mittels CO-Messung oder einem Urin-Cotinin-Test) ermittelt, wobei die verifizierte Abstinenz nach 12 Monaten das primäre Outcome darstellte. Vor und nach der Behandlung wurde zudem eine Spirometrie durchgeführt.

Einschlusskriterien waren das Alter ( $\geq 18$  Jahre), der Konsum von mindestens 10 Tabakzigaretten pro Tag, ein Punktwert von mindestens 7 im Fagerström-Test und eine aktuelle Ausstiegsmotivation. Der Einsatz anderer Pharmakotherapien wie Nikotinersatztherapie war während der Intervention nicht erlaubt. Die Intervention basierte auf den 5 As (siehe oben) und wurde ergänzt durch Elemente der Selbstwirksamkeitstheorie und kognitiv-verhaltensorientierter Ansätze. Vermittelt und durchgeführt wurde sie von ausgebildeten Pflegekräften nach einem strukturierten Behandlungsprotokoll. Die Beratungsdauer lag bei jeweils 10 bis 30 Minuten. Vor dem Ausstiegstermin wurden mindestens drei persönliche Sitzungen durchgeführt, und bis einen Monat nach dem Rauchstopp gab es drei weitere Beratungen. Die erste Sitzung beinhaltete eine Rauchanamnese, Motivationsklärung, Psychoedukation zu Tabakabhängigkeit und Vorteilen des Rauchstopps sowie die

Bereitstellung von Unterstützungsmaterialien. Während der zweiten Sitzung wurde die pharmakologische Behandlung begonnen; in der dritten Sitzung wurden Strategien zum Umgang mit Entzugerscheinungen, Rauchverlangen und Rückfallvermeidung vermittelt. Zusätzlich wurde eine Spirometrie durchgeführt.

## ■ Ergebnisse

Insgesamt erfüllten 192 Teilnehmende die Einschlusskriterien (53,1 Prozent Männer und 46,9 Prozent Frauen mit einem Durchschnittsalter von knapp 51 Jahren). Bei 31 Prozent der Teilnehmenden gab es eine Vorgeschichte psychischer Erkrankungen. Der tägliche Zigarettenkonsum und die Tabakabhängigkeit waren hoch (20,3 Zigaretten/Tag, FTND 7,2), ebenso die kumulativen Tabakexposition (31,4 pack years). Außer Tabakzigaretten wurden keine anderen Nikotin- oder Tabakprodukte wie E-Zigaretten oder Tabakerhitzer konsumiert.

Im Durchschnitt lag der Rauchstoppterminal am vierten Tag nach Beginn der Cytisin-Behandlung. Die durchschnittliche Gewichtszunahme nach 12 Monaten betrug bei der dafür ausgewählten Teilstichprobe 2,9 kg (SD=4,7), wobei es keine signifikanten Unterschiede zwischen rückfälligen und abstinenten Teilnehmenden gab.

Die Intention-to-treat-Analyse ergab mit zunehmendem Abstand zum Behandlungsende sinkende Abstinenzquoten: Kurz nach der Behandlung lag sie bei 76,6 Prozent, nach drei Monaten bei 58,9 Prozent, nach sechs Monaten bei 47,4 Prozent (jeweils Selbstangaben). Die biochemisch verifizierte Abstinenz nach 12 Monaten lag bei 40,1 Prozent.

Unerwünschte Ereignisse wurden von 46 Teilnehmenden gemeldet (23,9 Prozent). Am häufigsten waren Magen-Darm-Symptome (N=14), Ängstlichkeit (N=6), Schlaflosigkeit

---

## 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](mailto:who-cc@dkfz.de)

Internet: [www.tabakkontrolle.de](http://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

(N=4) und lebhafte oder ungewöhnliche Träume (N=4). Ein Teilnehmender mit einer vorherigen Vorgeschichte von Depressionen berichtete von Suizidgedanken. Vierzehn Teilnehmende setzten die medikamentöse Behandlung vor Abschluss ab. Univariate und multivariable logistische Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um Faktoren zu identifizieren, die mit einem Rückfall nach 12 Monaten in Verbindung stehen. Hier waren eine stärkere Nikotinabhängigkeit und stärkere Entzugssymptome mit einem erhöhten Rückfallrisiko assoziiert, während eine Asthmad Diagnose während der Studie mit einer geringeren Rückfallwahrscheinlichkeit verbunden war.

Eine Spirometrie wurde bei 168 Teilnehmenden durchgeführt, von denen 155 noch einmal bei Studienende getestet wurden. Vor der Studienaufnahme war bei 19 Teilnehmenden eine Atemwegserkrankung diagnostiziert worden (elfmal COPD, siebenmal Asthma und in zwei Fällen überlappende Lungenkrankungen). Während der Studie wurden bei 54 Teilnehmenden zuvor nicht diagnostizierte Atemwegserkrankungen festgestellt, darunter 16-mal COPD und 17-mal Asthma.

## ■ Diskussion

Bei der Umsetzung eines umfassenden, von Pflegekräften in der Primärversorgung

geleiteten Versorgungsmodells für Rauchende wurden hohe, biochemisch verifizierte Abstinenzquoten nach 12 Monaten ermittelt und zudem zuvor nicht diagnostizierte Atemwegserkrankungen erkannt. Eine höhere Nikotinabhängigkeit und stärkere Entzugssymptome am Ende der Behandlung waren mit einem erhöhten Rückfallrisiko verbunden, wohingegen eine im Laufe der Studienteilnahme diagnostizierte Asthmaerkrankung mit einer geringeren Rückfallwahrscheinlichkeit verbunden war. Hierfür kommen motivationale Faktoren als Erklärung in Frage: Der Erhalt einer neuen Diagnose könnte einen „teachable moment“ dargestellt haben, der die Motivation zum Aufhören verstärkte, indem Patienten die Auswirkung des Rauchens auf ihre Atemwegsgesundheit unmittelbar wahrnahmen.

Angesichts des Studiendesigns und des Fehlens einer Vergleichsgruppe sollten diese Ergebnisse jedoch als Beschreibung des Potenzials des hier speziell angewandten Versorgungskonzeptes und nicht als unabhängiger Wirksamkeitsnachweis interpretiert werden. Allerdings ist auch diese Studie ein weiterer Hinweis auf eine Wirksamkeit einer medikamentösen Behandlung mit Cytisin. Weitere Forschung mit kontrollierten Designs ist erforderlich, um objektive Auswirkungen solcher Modelle auf die Tabakentwöhnung bewerten zu können.