



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

Editorial

Professionelle Tabakentwöhnungsangebote müssen auch die besonderen Bedarfe vulnerabler Zielgruppen berücksichtigen; dazu gehören u.a. Personen mit psychiatrischen Störungen, bei denen die hohe Prävalenz für eine erhebliche tabakbedingte Morbidität und Mortalität verantwortlich ist. Es werden aber immer wieder Bedenken geäußert, dass ein Rauchstopp Depressionen und Angstzustände verschlimmern und die Behandlung dieser Symptome erschweren könnte.

Eine kürzlich erschienene US-amerikanische Studie (1) untersuchte, ob anhaltende Rauchabstinenz nach einer stationären psychiatrischen Behandlung mit einer Verschlechterung depressiver und angstbezogener Symptome assoziiert ist. Es handelte sich um eine Sekundäranalyse von Daten aus einer randomisiert kontrollierten Studie, bei der eine intensivere mit einer Standard-Tabakentwöhnungsintervention verglichen wurden. 224 Teilnehmende mit erhöhten Ausgangssymptomen von Depression und/oder Angstzuständen in einem Fragebogeninstrument (PROMIS Depression and Anxiety Short Forms 8a) wurden einen, drei und sechs Monate nach der Entlassung nachbefragt. Selbstberichtete kontinuierliche Abstinenz (vs. kontinuierliches Weiterrauchen) wurde als

Inhalt

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	3
Neue Publikationen	3

Prädiktor für depressive und angstbezogene Symptome mit linearen gemischten Modellen untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass kontinuierliche Abstinenz mit einer signifikanten Reduktion von depressiven ($p=0,026$) und Angstsymptomen ($p=0,001$) assoziiert war. Signifikante Abstinenz-Zeit-Interaktionen zeigten, dass längere Abstinenzphasen mit größeren Symptomverbesserungen assoziiert waren: Nach sechs Monaten war Abstinenz im Vergleich zum fortgesetzten Rauchen mit einer starken Reduktion sowohl von Depressionen (Cohens $d=1,10$; $p=0,003$) als auch Angst (Cohens $d=1,21$; $p=0,001$) verbunden. Teilnehmer, die abstinent geblieben waren, verbesserten sich von um fast zwei Standardabweichungen erhöhten Ausgangswerten auf Werte, die nur noch gering über den Durchschnittswerten in der Allgemeinbevölkerung lagen.

Aus diesen eindeutigen Ergebnissen kann geschlussfolgert werden, dass anhaltende Rauchabstinenz nach einer psychiatrischen

(1) Brown RA, Minami H, Shumake JD, Rigotti NA, Hecht J, Price LH, Kahler CW, Levy DE, Carpenter KM, Farrington J & Smits JAJ (2026) Sustained smoking abstinence following psychiatric hospitalization is associated with substantial decreases in depression and anxiety symptoms. Nicotine Tob Res: ntag208, DOI: 10.1093/ntr/ntag208

Krankenhausbehandlung mit erheblichen Verbesserungen bei Depressionen und Angstzuständen verbunden ist und Bedenken in der Regel unbegründet sind, dass ein Rauchstopp psychiatrische Symptome verschlimmert. Die Integration evidenzbasierter Tabakentwöhnungsmaßnahmen in die routinemäßige psychiatrische Versorgung könnte die Gesamtbehandlungsergebnisse also verbessern, ohne die Symptomstabilität zu beeinträchtigen. Diese Ergebnisse stellen die bestehenden Überzeugungen von rauchenden Patientinnen und Patienten (PuP) und manchen Psychiatrie-Fachkräften in Frage, besser keine Rauchstopphandlungen zu unternehmen, um keine Verschlechterung depressiver und ängstlicher Symptome zu riskieren. Vielmehr scheinen Programme zur Förderung der Rauchabstinenz in psychiatrischen Behandlungseinrichtungen neben der körperlichen auch die psychische Gesundheit zu verbessern.

Auch in diesem Newsletter soll wieder ein Blick auf die aktuellen Zahlen der „Deutschen Befragung zum Rauchverhalten“ (DEBRA, <https://www.debra-study.info>) vom August 2026 geworfen werden: Die aktuelle Rauchprävalenz wird mit 33,1 % angegeben (33,4 % gleitender Mittelwert); 8,6 % der befragten Rauchenden gab mindestens einen ernsthaften Rauchstoppversuch in den letzten 12 Monaten an. Der E-Zigarettenkonsum lag bei 3,3 %, davon konsumieren 73,8 % auch Tabak, betreiben also den sogenannten „dual use“. Insbesondere die Rauchprävalenz und die Zahl der Rauchstoppversuche ist damit weitgehend konstant geblieben.

Es ist zu erwarten, dass die kürzlich beschlossenen Tabaksteuererhöhungen, die ab dem 1. Januar 2027 stufenweise über vier Jahre zu deutlichen Erhöhungen der Tabaksteuern führen werden, die Zahl der Rauchstoppversuche erhöhen und den Tabakkonsum senken

werden. Trotz hohen Lobbydrucks ist dies schließlich die stärkste Anhebung der Tabaksteuer seit über 20 Jahren!

In dieser für 2026 dritten Ausgabe unseres Newsletters werden vier neue Publikationen besprochen:

Zunächst präsentiert die Erstautorin einer deutschen Studie selbst ihre Ergebnisse zu der Frage, wie Gesundheitsfachkräfte in der Schwangerschaftsversorgung die Risiken des Rauchens klassischer Zigaretten und des Konsums von E-Zigaretten einschätzen und wie sie hierzu beraten.

Dann folgt eine qualitative Studie zu den besonderen Bedarfen von Menschen mit geistigen und entwicklungsbedingten Behinderungen (IDD), um Faktoren zu identifizieren, die das Engagement für die Tabakentwöhnung bei betroffenen Erwachsenen beeinflussen.

Zum Dritten wird eine Arbeit aus Singapur vorgestellt, die zum Ziel hatte, bei Krankenhaus-PuP, die an eine interne Tabakentwöhnungsmaßnahme überwiesen wurden, diejenigen Faktoren zu ermitteln, die mit deren Ausstiegsbereitschaft zusammenhängen.

Die vierte Publikation beschäftigt sich mit dem Langzeit-Rauchstatus und Ausstiegserfahrungen von älteren PuP ab 60 Jahren, die etwa fünf bis zehn Jahre zuvor an einem ambulanten Ausstiegsprogramm in einer türkischen Spezialklinik teilgenommen hatten.

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: München 9.–13.11.2026. Verkürzte Schulung: München, 11.–13.11.2026. 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>

Kongresse/Tagungen

■ National

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) vom 25. bis 28. November 2026 in Berlin

Infos, Programm und Anmeldung unter <https://www.dgppnkongress.de>

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

Infos, Programm und Anmeldung unter <https://indico.dkfz.de/event/1522>

■ International

SRNT-Conference vom 3. bis 6. März 2027 in San Francisco, USA

Programm und Anmeldung unter <https://srnt.org/2027-annual-meeting>

Neue Publikationen

Between concern and uncertainty: How health-care professionals approach smoking and vaping in pregnancy

Binder A, Kuitunen-Paul S, Burke M, Wollscheid J, Kimmel T, Petersen K & Batra A (2026) Nicotine Tob Res 28: 1682–1692, DOI: 10.1093/ntr/ntag011

■ Hintergrund

Der Konsum von Tabak- und Nikotinprodukten während der Schwangerschaft ist mit gesundheitlichen Risiken für die Schwangere und das ungeborene Kind verbunden. Während die Risiken des klassischen Zigarettenrauchens gut dokumentiert sind, bestehen hinsichtlich der gesundheitlichen Auswirkungen von E-Zigaretten weiterhin Unsicherheiten.

Gleichzeitig werden E-Zigaretten teilweise als weniger schädliche Alternative zu konventionellen Zigaretten oder als Hilfsmittel zur Reduktion des Tabakkonsums wahrgenommen. Für die Versorgung schwangerer Personen ist daher entscheidend, wie Gesundheitsfachkräfte die Risiken beider Produkte einschätzen und in welchem Umfang sie den Konsum erfassen und hierzu beraten.

Bisher liegen insbesondere für Deutschland nur wenige Daten dazu vor, ob sich das Vorgehen bei klassischen Zigaretten und E-Zigaretten unterscheidet und welche Faktoren mit einer konsequenten Ansprache verbunden sind.

Ziel der Studie war es daher zu untersuchen, wie Gesundheitsfachkräfte aus unterschiedlichen Bereichen der Schwangerschaftsversorgung die Risiken des Rauchens klassischer Zigaretten und des Konsums von E-Zigaretten einschätzen, wie häufig sie den Konsum erfragen und hierzu beraten. Zusätzlich wurde analysiert, welche Rolle unter anderem Wissen, Fortbildungsbedarf, Berufserfahrung und Berufsgruppe für Risikowahrnehmung und Beratungspraxis spielen.

■ Methode

Die explorative Querschnittsstudie basiert auf Daten einer bundesweiten Onlinebefragung von Gesundheitsfachkräften, die im Rahmen eines größeren Forschungsprojekts zur Prävention von Substanzkonsum in der Schwangerschaft durchgeführt wurde.

Eingeschlossen wurden Gynäkolog:innen, Hebammen sowie Fachkräfte aus der Sozialarbeit beziehungsweise Sozialpädagogik in Schwangerschaftsberatungsstellen. Die Rekrutierung erfolgte über Praxen, Kliniken, Beratungsstellen, Berufsverbände, E-Mail-Verteiler und soziale Medien. Die Datenerhebung fand zwischen Mai und Oktober 2024 statt.

In die Analysen gingen die Angaben von insgesamt 347 Personen ein. Davon waren 37,8 % Gynäkolog:innen, 28,2 % Hebammen und 34,0 % Fachkräfte aus der Sozialarbeit. Die Teilnehmenden waren im Durchschnitt 44 Jahre alt und verfügten über durchschnittlich 17 Jahre Berufserfahrung. Erfasst wurden unter anderem die Einschätzung der Risiken klassischer Zigaretten und E-Zigaretten für Mutter und ungeborenes Kind, das selbst eingeschätzte Wissen zu beiden Produkten sowie die Häufigkeit, mit der deren Konsum bei Schwangeren erfragt und eine Beratung zum Konsumstopp angeboten wurde. Zusätzlich wurden beispielsweise der subjektive Fortbildungsbedarf, bisherige Aus- und Weiterbildungen sowie die Berufserfahrung erhoben.

■ Ergebnisse

Sowohl klassische Zigaretten als auch E-Zigaretten wurden von den befragten Gesundheitsfachkräften als gesundheitlich riskant eingeschätzt. Klassische Zigaretten wurden im Durchschnitt als etwas schädlicher bewertet. Für das ungeborene Kind lag die durchschnittliche Risikoeinschätzung auf einer Skala von 0 bis 10 bei 7,8 für klassische Zigaretten und bei 7,3 für E-Zigaretten. Für die Gesundheit der Schwangeren wurden Werte von 7,1 beziehungsweise 6,5 angegeben. Rund zwei Drittel der Befragten bewerteten klassische und E-Zigaretten hinsichtlich des Risikos für das ungeborene Kind als gleich schädlich; etwa 30 % schätzten klassische Zigaretten als riskanter ein.

Deutlich größere Unterschiede zeigten sich jedoch in der Versorgungspraxis. Während 67,4 % der Befragten angaben, den Konsum klassischer Zigaretten bei Schwangeren immer oder meistens zu erfragen, traf dies beim Konsum von E-Zigaretten nur auf 35,7 % zu. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei der Beratung: 59,7 % berichteten, immer oder meistens zu

den Risiken klassischer Zigaretten beziehungsweise zu einem Rauchstopp zu beraten, bei E-Zigaretten waren es lediglich 32,6 %. Damit wurden E-Zigaretten trotz einer insgesamt hohen Risikoeinschätzung deutlich seltener erfasst und thematisiert als klassische Zigaretten.

Ein zentraler Faktor war das vorhandene Wissen. Je höher die Teilnehmenden ihr Wissen zu klassischen beziehungsweise E-Zigaretten einschätzten, desto höher bewerteten sie die damit verbundenen Risiken und desto häufiger erfragten sie den Konsum und berieten zum Konsumstopp. Die Zusammenhänge waren klein bis mittel ausgeprägt.

Gleichzeitig zeigte sich insbesondere bei E-Zigaretten ein ausgeprägter Fortbildungsbedarf: 88,8 % der Befragten gaben einen hohen oder eher hohen Weiterbildungsbedarf zu möglichen Risiken und Folgen des E-Zigarettenkonsums in der Schwangerschaft an. Für klassische Zigaretten traf dies auf 52,1 % zu.

Auch zwischen den Berufsgruppen bestanden Unterschiede. Insbesondere Fachkräfte aus der Sozialarbeit berichteten im Vergleich zu Gynäkolog:innen sowie Hebammen über geringeres Wissen und eine weniger häufige Erfassung und Beratung sowohl zu klassischen als auch zu E-Zigaretten.

Diese Unterschiede sind insbesondere deshalb relevant, weil Schwangerschaftsberatungsstellen auch Personen erreichen können, die medizinische Vorsorgeangebote weniger regelmäßig in Anspruch nehmen.

■ Diskussion

Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung

gesundheitlicher Risiken und der konkreten Versorgungspraxis. Obwohl die Befragten sowohl klassische als auch E-Zigaretten als riskant einschätzten, wurde der Konsum von E-Zigaretten wesentlich seltener erfragt und beraten. Eine mögliche Erklärung hierfür ist die weiterhin geringere Wissensbasis und größere Unsicherheit bezüglich der Auswirkungen von E-Zigaretten in der Schwangerschaft.

Gleichzeitig unterstreichen die Ergebnisse die Bedeutung von Wissen für die Beratungspraxis: Je besser sich Gesundheitsfachkräfte informiert fühlten, desto häufiger sprachen sie den Konsum an und boten Beratung an.

Aus den Ergebnissen ergibt sich daher ein Bedarf an zielgruppenspezifischen Fortbildungsangeboten für alle an der Versorgung Schwangerer beteiligten Berufsgruppen.

Neben evidenzbasiertem Wissen zu den Risiken klassischer und elektronischer Zigaretten sollten solche Angebote auch Sicherheit bei der Ansprache und Beratung vermitteln.

Insbesondere Fachkräfte in niedrighwelligen Versorgungskontexten wie Schwangerschaftsberatungsstellen könnten dabei eine wichtige Rolle spielen, da sie auch Frauen erreichen, die möglicherweise weniger regelmäßig gynäkologische oder hebammengeleitete Vorsorgeangebote nutzen.

Ziel sollte sein, sowohl klassischen Zigarettenkonsum als auch den Gebrauch von E-Zigaretten konsequent und sensibel zu erfassen und Schwangeren eine evidenzbasierte Unterstützung zum Konsumstopp anzubieten.

Anmerkung: Das Redaktionsteam bedankt sich bei Annette Binder für die Vorstellung ihrer Studie in diesem Newsletter.

Factors influencing engagement in smoking cessation for adults with Intellectual and Developmental Disabilities

Regnier S, McManus HS, Tillson M, Surratt HL, Knudsen HK, Tidey JW & Stoops WW (2026) Nicotine Tob Res: ntag198, DOI: 10.1093/ntr/ntag198

■ Hintergrund

Tabakkonsum ist bei Menschen mit Behinderungen etwa doppelt so häufig verbreitet wie bei Menschen ohne Behinderungen. Insbesondere für Menschen mit geistigen und entwicklungsbedingten Behinderungen (IDD) stehen jedoch nur wenige Interventionen zur Verfügung, die auf ihre speziellen Bedarfe ausgerichtet sind, so dass sie auf Ansätze zurückgreifen müssen, die für Menschen ohne IDD entwickelt wurden.

Ziel dieser Studie war es deshalb, Faktoren zu identifizieren, die das Engagement für die Behandlung der Tabakabhängigkeit bei Erwachsenen mit IDD beeinflussen. Dabei sollte die individuelle, soziale und strukturelle Ebene berücksichtigt werden, um die Entwicklung von maßgeschneiderten Rauchstoppinterventionen für Menschen mit IDD zu erleichtern.

■ Methode

Es wurden halbstrukturierte Interviews mit unterschiedlichen Vertretenden wichtiger Gruppen durchgeführt, darunter aktuell rauchende Erwachsene mit IDD (N=10), Erwachsene mit IDD, die mit dem Rauchen aufgehört oder es reduziert hatten (N=9), Mitarbeitende gemeindenaher Dienste, die mit IDD-Betroffenen arbeiten (N=12) und Mitarbeitende von Tabakentwöhnungsdiensten (N=8). Die Stichprobengröße von 40 Teilnehmenden wurde gewählt, um eine

ausreichend große Zahl von Repräsentanten der vier Interessengruppen zu berücksichtigen. Die Teilnehmenden mit IDD wurden durch Partnerschaften mit dem Behindertenzentrum der Universität und dem staatlichen Department of Developmental and Intellectual Disabilities rekrutiert, die Studien-Flyer und die Studie auf ihren Social-Media-Seiten bewarben.

Alle Interviews wurden von dem Erstautor einzeln und persönlich geführt; Teilnehmende mit IDD hatten die Möglichkeit, eine Betreuungsperson hinzuziehen. Diese Möglichkeit wurde in zwei Interviews genutzt; eine direkte Unterstützungsfachkraft half bei der Klarstellung der Interviewfragen. Die Interviews dauerten etwa 35 Minuten (Spanne von 14 bis 65 Minuten) und folgten jeweils einem gruppenspezifischen Interviewleitfaden. Die Interview-Fragen wurden nach dem Practical Robust Implementation and Sustainability Model (PRISM) strukturiert und in Absprache mit dem Zentrum für Exzellenz in Entwicklungsstörungen (UCEDD) der Universität Kentucky entwickelt. Die Interviews wurden transkribiert und nach einem hybriden induktiv-deduktivem Prozess strukturiert und kodiert. Die Antworten wurden individuellen, sozialen und strukturellen Kategorien zugeordnet.

Nach dem Interview füllten die Teilnehmenden einen Fragebogen zu demografischen Merkmalen (Ethnie, Alter und Geschlecht) aus. Die Ausprägung der Behinderung wurde nach dem Interview mit dem American Community Survey (ACS-618) gemessen, der sechs Arten von Behinderung (Hören, Sehvermögen, Kognition, Mobilität, Selbstfürsorge und selbstständiges Leben) erfasst.

■ Ergebnisse

Ethnische Zugehörigkeit und das Alter waren zwischen den Teilnehmenden mit IDD und den Anbietenden ähnlich. Die meisten

Mitarbeitenden der Dienste waren weiblich (85 %). Von Teilnehmenden mit IDD wurden am häufigsten kognitive Beeinträchtigung und Einschränkungen bezüglich des selbstständigen Lebens genannt. Aktuell rauchende Teilnehmende mit IDD rauchten seit durchschnittlich 21,2 Jahren (Spanne von 5 bis 41 Jahre); drei von ihnen versuchten zum Zeitpunkt des Interviews, mit dem Rauchen aufzuhören.

Individuelle Faktoren – Stress

Erhöhter Stress und die Angst vor dem Aufhören waren die am häufigsten berichteten Barrieren für einen Rauchstopp bei Teilnehmenden mit IDD (N=11). Zum einen waren sie besorgt, dass sie mehr Angst erleben, wenn kein Nikotin verfügbar war, was mit Entzugserscheinungen zusammenhängen könnte. Zum anderen rauchten sie häufig Zigaretten, um mit ihrem Stress und ihrer Angst umzugehen, wodurch ein zirkuläres Problem entstand, das das Aufhören erschwerte. Ein Teilnehmender mit IDD, der mit dem Rauchen aufgehört hat, beschrieb es so: „... Ich war mehr besorgt um meine Angst, dass ich abschalte, zusammenbreche. Nicht reden zu können. Wenn ich dieses Nikotin nicht in mir hätte.“ Interviewer: „Ich verstehe. Es hat Ihnen wirklich bei Ihrer Angst geholfen.“ Teilnehmender: „Ja, das hat es.“

Individuelle Faktoren – Entzugsmanagement

Entzugssymptome wie Schwitzen, Zittern, Angst und Reizbarkeit stellten ebenfalls eine erhebliche Herausforderung dar für Teilnehmende mit IDD beim Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören (N=6). Ein rauchender Teilnehmender beschrieb die Auswirkung der Entzugserscheinungen auf die Stimmung: „Ja. Denn ich würde ohne Zigaretten ausflippen. Das würde ich, wenn ich nicht rauche.“

Fast alle Teilnehmenden, die mit dem Rauchen aufgehört haben, nutzten andere

Nikotinprodukte, um den Entzug zu kontrollieren. E-Zigaretten wurden häufig als Ersatz für brennbare Zigaretten genutzt: Sechs Teilnehmende mit IDD, die mit dem Rauchen aufgehört hatten, waren auf E-Zigaretten umgestiegen, eine weitere Person hatte zunächst E-Zigaretten und dann Nikotinbeutel genutzt. „Ich dampfe, wenn es schwer ist, also ich habe keine Lust mehr auf sie [Zigaretten].“

Individuelle Faktoren – Wunsch aufzuhören

Der Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören, war in den Antworten der Mitarbeitenden der Dienste ein entscheidender erster Schritt für einen erfolgreichen Rauchstopp. Häufig wurde von frühen Herausforderungen berichtet, wenn Patienten nicht mit dem Rauchen aufhören wollten (N=9).

„... Ich habe das Gefühl, das einzige, einzige Hindernis wäre, die Person zu überzeugen, dass sie es selbst tun will, weil wir meistens ein wirklich gutes Team sind. Und wir sind da, um sie so und so zu unterstützen, dass es keine Hindernisse gibt. Und wenn sie uns um Unterstützung bitten, sagen wir: ‚Auf jeden Fall.‘ Diese Unterstützung ist der Schlüssel. Die einzige Barriere, die ich sehe, ist, sie zu überzeugen oder dass sie bereit sind, es zu tun.“

Individuelle Faktoren – Auffassungsgabe

Mehrere Anbieter (N=9) diskutierten Schwierigkeiten, die einige Patienten mit IDD beim Verständnis der schädlichen gesundheitlichen Auswirkungen von Zigaretten haben könnten. Weiterhin gaben Anbieter an, dass einige Patienten mit IDD Schwierigkeiten haben könnten, Inhalte und Materialien eines Behandlungsprogramms zu verstehen. Zum Beispiel beschrieb eine persönliche Betreuerin: „... Ich sehe, wie dieser leere Blick über sein Gesicht zieht, und er schaltet ab. Und so denke ich, wenn er Druck spürt wie in diesen Kursen...

oder diese Kurse, wenn er das Gefühl hat, es war zu viel auf einmal, wird er abbrechen.“

Bedenken hinsichtlich der Verständnisschwierigkeiten in Tabakbehandlungsprogrammen wurden von den Tabakentwöhnungsanbietern bestätigt: „... Was auch immer du vermittelst, du musst es vielleicht etwas verständlicher machen für jemanden mit Behinderung...“

Soziale Faktoren – Peer- und Anbieter-Rauchexposition

Mehr als die Hälfte der Teilnehmer mit IDD (N=10) sprach über Schwierigkeiten des Rauchstopps, wenn sie von anderen rauchenden Personen umgeben sind. Teilnehmende berichteten, dass die Anwesenheit von Freunden, Familienmitgliedern oder Mitbewohnern, die rauchen, es deutlich schwerer mache, dem Drang zu widerstehen, selbst zu rauchen.

„Ich glaube... es hat nur etwa einen Monat gedauert. Und dann haben die Leute um mich herum geraucht, das machte es schwerer. Und ich fing an, einfach eine Zigarette zu nehmen, und ich sagte: ‚Zum Teufel damit‘, ich fange wieder an.“

Die Teilnehmer beschrieben zusätzliche Herausforderungen im Zusammenhang mit Rauchexposition wie in der Nähe anderer zu sein, die einem „Rauch ins Gesicht blasen“, anhaltender Geruch nach Rauch in der Wohnung sowie eine Präferenz, dass nur in bestimmten Bereichen geraucht werden dürfe: „Ich sage ihnen, sie sollen draußen rauchen, weil ich, wenn sie rauchen, gehe ich ins Haus.“ Ein weiterer von den Anbietern genannter Punkt war der Tabakkonsum des eigenen Personals: „... Ich würde sagen, mindestens 90 % der Leute, mit denen ich arbeite, rauchen auch als Mitarbeiter, als direkte Versorgungsanbieter.“

Strukturelle Faktoren – Finanzen & Ressourcen

Barrieren waren das Fehlen von Kenntnissen über Ressourcen zur Behandlung der Tabakabhängigkeit, Behandlungskosten und Versicherungsleistungen für eine Behandlung. Eine in einer Tagesstätte tätige Person gab an: „Sie [Patienten und Behindertenanbieter] haben keine Ahnung von den Ressourcen... Also, wo die Ressourcen genau sind, wie man dorthin kommt, solche Dinge. Unsere Bewohner haben diese Ressourcen, aber vielleicht gibt es manche Leute da draußen, die leben allein, und sie haben diese Ressourcen nicht.“

Strukturelle Faktoren – Transport

Hindernisse in Verbindung mit Transport wurden häufiger von den Gesundheitsberufen genannt als von Teilnehmenden mit IDD. Teilnehmer mit IDD, die Transportfaktoren nannten, sprachen nicht über eigene Erfahrungen, sondern darüber, was passieren könnte: „Glauben Sie, dass andere Leute auf Transportprobleme stoßen könnten?“

Teilnehmende: „Um ehrlich zu sein, ja. Wie viele Menschen, die schon mit dem Transport zu tun hatten, heutzutage ist die Wirtschaft wirklich schlecht.“

Einige Anbieter diskutierten den Zugang zu zuverlässigem Transport als einen Faktor, der Einfluss auf die Teilnahme an Rauchstoppangeboten hat (N=5: „Wenn sie nicht zum Kurs gelangen können. Das ist ein großer Punkt... Sie wollen vielleicht nicht mit dem Bus fahren. Oder vielleicht haben sie kein Bargeld, um einmal pro Woche den Bus zu nehmen.“ Transportbarrieren waren besonders problematisch in ländlichen Gemeinden: „... das ist offensichtlich eine ländliche Gemeinde. Es gibt also keinen öffentlichen Nahverkehr.“

■ Diskussion

Für die Entwicklung zugänglicher und nachhaltiger Interventionen für Erwachsene mit IDD ist das Verständnis von Faktoren, die die Behandlung der Tabakabhängigkeit erschweren, von entscheidender Bedeutung. In dieser qualitativen Studie wurden individuelle, soziale und strukturelle Faktoren identifiziert, die auf die Inanspruchnahme von Angeboten zur Tabakentwöhnung Einfluss haben könnten. Auf der individuellen Ebene wurde die Rolle der negativen Verstärkung bei der Aufrechterhaltung des Zigarettenrauchens hervorgehoben: Negative Verstärkung war an zwei zentralen Themen beteiligt: 1) Rauchen als Bewältigungsstrategie für Stress im Allgemeinen und 2) Rauchen, um Entzugserscheinungen zu vermeiden.

Bei den sozialen Faktoren stellen anhaltende Auslösereize in der unmittelbaren Umgebung ein erhebliches Hindernis für den Rauchstopp dar. Obwohl es nur begrenzte Forschung zu den Auswirkungen von Tabakexposition auf Behandlungsergebnisse bei Menschen mit IDD gibt, liegt es auf der Hand, dass Rauchen von Peers und Anbietern ein bedeutendes Hindernis für den Behandlungserfolg darstellt, so wie es von anderen Bevölkerungsgruppen und Einrichtungen, einschließlich Suchtbehandlungsprogrammen und medizinischen Einrichtungen bekannt ist. Personen in Gesundheitsberufen, die selbst rauchen, raten seltener zum Aufhören. Dies ist besonders problematisch angesichts der zentralen Rolle der Anbieter beim Aufhörversuch einer Person mit IDD. Insgesamt unterstreichen diese Befunde die Bedeutung der Bekämpfung der Tabakexposition im Umfeld von Menschen mit IDD.

Die Kenntnis dieser Faktoren kann bei der Entwicklung zukünftiger Behandlungsangebote berücksichtigt werden. Basierend auf den vorliegenden Ergebnissen sollte

eine wirksame Behandlung personenzentriert sein und die Heterogenität von IDD als Diagnose berücksichtigen. Interventionen, die ein anpassungsfähiges Bewältigungstraining umfassen und Komponenten wie Kontingenzmanagement, achtsamkeitsbasierte Therapien oder kognitive Verhaltenstherapie enthalten, könnten helfen, individuelle und soziale Hindernisse zu adressieren. Digitale Behandlungsansätze und die Integration von Tabakentwöhnung in häusliche und gemeinde-nahe Dienste könnten dabei helfen, Probleme mit Transport- und Versorgungskoordination zu verringern.

Factors associated with willingness to quit smoking in a hospital-based smoking cessation programme

Fong L, Lu RS, Koh MS, Lee KCH & Tiew PJ (2026) Ann Acad of Med Singap, DOI: 10.47102/annals-acadmedsg.2026172

■ Hintergrund

Ein Krankenhausaufenthalt bietet ein bedeutsames Fenster für eine Tabakentwöhnungsmaßnahme. Die akute Erkrankung, verstärkt wahrgenommene Gesundheitsrisiken und ein rauchfreies Krankenhausumfeld können in Kombination mit der Bereitstellung von Behandlungsangeboten die Ausstiegsbereitschaft erhöhen. Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, bei Krankenhaus-PuP, die an eine interne Tabakentwöhnungsmaßnahme überwiesen wurden, die Faktoren zu ermitteln, die mit der Bereitschaft zusammenhängen, mit dem Rauchen aufzuhören.

■ Methode

Aktuell rauchende PuP (n=953) eines Allgemeinkrankenhauses in Singapur, die zwischen 2021 und 2025 an einen internen

Tabakentwöhnungsdienst überwiesen wurden, bildeten die Studienpopulation. Als aktuell rauchend wurden PuP definiert, wenn sie mindestens 100 Zigaretten geraucht hatten und aktuell täglich oder an manchen Tagen rauchten.

PuP, die bei Aufnahme als aktuell rauchend identifiziert wurden, erhielten ein Angebot, an den stationären Tabakentwöhnungsdienst überwiesen zu werden. PuP, die eine Überweisung zunächst ablehnten, wurde das Angebot nach weiteren klinischen Untersuchungen und Besprechungen erneut unterbreitet. Zudem wurden demografische Merkmale, Komorbiditäten und weitere klinische Daten erhoben: Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, COPD Assessment Test (CAT), Vorliegen und Dauer von Atemwegssymptomen (Husten, Sputum, Dyspnoe) und chronischer Bronchitis. Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, wurde mit einer standardisierten klinischen Frage erhoben und als „ja“, „unentschlossen“ oder „nein“ kategorisiert. Für die Analyse wurden daraus zwei Gruppen gebildet: „willig“ (ja) und „nicht willig“ (unentschlossen/nein). Als hohe Symptomlast wurden CAT-Werte ≥ 10 und Dyspnoe-Werte ≥ 2 kategorisiert. Bei einem Teil der PuP wurde eine Spirometrie durchgeführt, um Rauchende mit eingeschränkter Lungenfunktion ohne chronische Atemwegsstörungen zu identifizieren.

Das Vorliegen einer ischämischen Herzerkrankung (IHD) wurde ebenso in der Anamnese erfasst wie zerebrovaskuläre Ereignisse (CVA). Zudem wurde berücksichtigt, ob es im vergangenen Jahr stationäre, Notaufnahmen oder ambulante Behandlungen wegen atemwegsbedingter Ursachen gab.

■ Ergebnisse

Die Studienpopulation (N=953) war überwiegend männlich (92 %) und chinesischer Herkunft (60 %). Etwa die Hälfte der PuP

(49 %) verfügte über eine höhere Ausbildung („post-secondary education“). Das mittlere Alter betrug 57 Jahre, die mittlere Rauchexposition 23 Packungsjahre. Häufige Begleiterkrankungen waren Bluthochdruck (45 %), Hyperlipidämie (45 %) und IHD (31 %). Insgesamt gaben 49 % der PuP an, bereit zu sein, mit dem Rauchen aufzuhören. Die Bereitschaft aufzuhören war signifikant mit einer höheren Ausbildung assoziiert (61 % gegenüber 38 %, $p < 0,001$).

An klinischen Faktoren, die mit der Bereitschaft zum Aufhören verbunden waren, wurden eine höhere Symptomlast (CAT-Score ≥ 10 und Dyspnoe Score ≥ 2), eine respiratorisch bedingte Einweisung oder ambulante Behandlung im vergangenen Jahr (6,9 % vs. 2,0 %, $p < 0,001$) sowie eine frühere Rauchstoppberatung (48 % gegenüber 37 %, $p < 0,001$) ermittelt. Ein größerer Anteil der Patienten, die Bereitschaft zeigten, mit dem Rauchen aufzuhören, litt an IHD (40 % vs. 23 %, $p < 0,001$), CVA (13 % vs. 8,4 %, $p = 0,038$), chronischer Bronchitis (18 % gegenüber 10 %, $p < 0,001$) oder an häufigeren Infektionen der oberen Atemwege im Vorjahr (11 % vs 6,5 %, $p = 0,035$). Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich des Alters, Geschlechts, Ethnie oder Packungsjahren.

Variablen, die in der univariaten Analyse statistisch signifikant und klinisch relevant waren, wurden zusätzlich in einer multivariaten logistischen Regression berücksichtigt (N=667, ohne CAT-Score und Angabe des Bildungsniveaus). IHD (OR=2,20, KI: 1,50–3,24, $p < 0,001$), CVA (OR=2,30, KI: 1,30–4,12, $p = 0,005$), CAT-Wert ≥ 10 (OR=2,16, KI: 1,10–4,38, $p = 0,03$), Dyspnoe-Wert ≥ 2 (OR=1,87, KI: 1,06–3,31, $p = 0,03$), höhere Ausbildung (OR=13,47, KI: 5,51–38,75, $p < 0,001$) und Einweisung oder ambulante Behandlung wegen einer Atemwegserkrankung im vergangenen Jahr (OR=3,55, KI: 1,43–9,87, $p = 0,009$) hingen signifikant mit der Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, zusammen.

Die Autoren untersuchten die Dosis–Wirkungs-Beziehung der fünf klinischen Merkmale, die in der multiplen Regression auffällig waren (IHD, CVA, CAT ≥ 10 , Dyspnoe-Wert ≥ 2 sowie Einweisung oder ambulante Behandlung wegen einer Atemwegserkrankung im vergangenen Jahr). Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, nahm kontinuierlich mit der Anzahl der vorhandenen Krankheitssymptome zu: 27,6 % derjenigen ohne Symptom, 58,4 % derjenigen mit einem, 66,7 % derjenigen mit zwei und 87,5 % derjenigen mit drei Symptomen gaben eine akute Aufhörbereitschaft an. Bei keiner der PuP in dieser Studienpopulation wurden mehr als drei Symptome diagnostiziert. In der multivariaten logistischen Regression, adjustiert für Alter und Geschlecht war der aufsummierte Symptomwert signifikant mit der Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, verbunden: Jedes zusätzliche klinische Merkmal war assoziiert mit einer mehr als zweifach höheren Wahrscheinlichkeit der Aufhörbereitschaft (OR=2,79, KI: 2,18–3,57, $p < 0,001$). Aussagen zum Zusammenhang zwischen Spirometrie-Werten und der Ausstiegsbereitschaft konnten angesichts der kleinen Teilstichprobe (N=68, davon 11 mit eingeschränkter Lungenfunktion) nicht getroffen werden.

■ Diskussion

In dieser Studie wurden mehrere Faktoren identifiziert, die bei Krankenhaus-PuP, die an eine interne Tabakentwöhnungsmaßnahme überwiesen wurden, mit der Bereitschaft zum Rauchstopp verbunden sind. Eine insgesamt hohe Symptombelastung, wiederkehrende Einweisungen oder ambulante Behandlungen von Atemwegserkrankungen, ischämische Herzerkrankung (IHD) und zerebrovaskuläre Ereignisse (CVA) hingen mit höherer Ausstiegsbereitschaft zusammen. Die Ergebnisse legen nahe, dass eine höhere Krankheitslast mit einer erhöhten Empfänglichkeit für Rauchstoppangebote während des Krankenhausaufenthalts

einhergeht. Insbesondere das Vorhandensein von mehreren Krankheiten beförderte die Ausstiegsbereitschaft: Jede zusätzliche gesundheitliche Beeinträchtigung ging mit einer mehr als doppelt so hohen Aufhörbereitschaft einher.

Der Zusammenhang zwischen niedrigerer Bildung und geringerer Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, steht im Einklang mit früheren internationalen Daten. Dieser Zusammenhang könnte auf Ungleichheit in Gesundheitskampagnen hindeuten, was weiterreichende Auswirkungen auf Public Health-Strategien und Gesundheitskompetenz hätte: Botschaften über die Schädigungen durch Rauchen könnten überproportional Personen mit höherer Gesundheitskompetenz ansprechen und unbeabsichtigt diejenigen mit geringerem Bildungsabschluss vernachlässigen. Aufklärungskampagnen und Strategien zur Unterstützung des Rauchstopps müssen für Personen mit unterschiedlichen Bildungshintergründen angepasst werden, um diese Ungleichheiten zu beheben.

In dem dynamischen Prozess des Rauchstopps ist die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, jedoch nur eine Komponente und nicht gleichbedeutend mit einer tatsächlichen Rauchstopphandlung oder anhaltender Rauchabstinenz. Diese Bereitschaft kann aber einen wichtigen Übergang im Zusammenhang mit anschließenden Rauchstoppversuchen und der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten darstellen. Auch wenn Unterstützung beim Rauchstopp universell angeboten werden sollte, könnten die hier dargestellten Ergebnisse darauf hindeuten, dass die kumulative klinische Belastung eine Phase erhöhter Motivation darstellt, die einen besonderen „teachable moment“ für gezielte Behandlungsangebote darstellt. Akkumulierte klinische Risikofaktoren könnten helfen, PuP mit größerer Bereitschaft zum Aufhören zu identifizieren; es braucht allerdings Längsschnittstudien, um festzustellen,

ob diese Bereitschaft auch mit einem nachfolgenden Rauchstopp und anhaltender Rauchabstinenz einhergeht.

Long-term telephone follow-up of older adults attending a smoking cessation clinic in Türkiye: A retrospective cohort study

Cihan FG, Küçükceran H, Demirbas N & Yalçıntaş A (2026) BMC Prim Care 27: 330, DOI: 10.1186/s12875-026-03550-9

■ Hintergrund

Ein Rauchstopp bringt auch im höheren Lebensalter viele gesundheitlichen Vorteile. Allerdings liegen nur begrenzt Langzeitdaten zum Rauchstatus und Ausstiegserfahrungen bei älteren Erwachsenen vor, die an einer professionellen Tabakentwöhnungsmaßnahme teilgenommen hatten. Der Hauptzweck dieser Studie war deshalb, zu beschreiben, wie der selbstberichtete Langzeit-Rauchstatus und die Erfahrungen von Erwachsenen ab 60 Jahren aussahen, die etwa fünf bis zehn Jahre zuvor an einem ambulanten Ausstiegsprogramm teilgenommen hatten.

■ Methode

Diese Studie wurde bei einer retrospektiv identifizierten Kohorte mit einer einmaligen telefonischen Nachbefragung durchgeführt. Die Patientenakten aller Erwachsenen, die mindestens 60 Jahre alt waren und zwischen Januar 2015 und März 2020 eine ambulante Tabakentwöhnungsklinik besucht hatten, wurden geprüft, und im Oktober 2024, etwa 4,6 bis 9,8 Jahre nach dem Besuch der Klinik, wurde eine telefonische Nachbefragung durchgeführt. Alle PuP, die das Alterskriterium erfüllt und die Spezialklinik für Tabakentwöhnung aufgesucht hatten, wurden in die Kohorte aufgenommen, unabhängig davon, ob sie

ein Rauchstopppdatum festgelegt, an einer bestimmten Anzahl der Therapiesitzungen oder vollständig an dem dreimonatigen Programm teilgenommen hatten. Das primäre Outcome war der selbstberichtete Rauchstatus bei der Nachbefragung. Sekundäre Outcomes waren die Ausstiegsbemühungen, die längste Abstinenzphase, und der Gesundheitszustand seit der Behandlung. Es gab keine zusätzlichen Ausschlusskriterien.

Basisdemografische Informationen wie Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Beschäftigungsstatus und Familienstand wurden aus den Patientenakten übernommen. Informationen zum Gesundheitszustand wurden rückwirkend während des Telefoninterviews erhoben. Rauchanamnestische Daten umfassten das Alter bei Rauchbeginn, täglicher Zigarettenkonsum, Dauer des Rauchens, kumulierte Tabakexposition (Packungsjahre) und ausgeatmetes Kohlenmonoxid (CO). Tabakabhängigkeit wurde mit dem Fagerström-Test ermittelt, wobei Werte <6 als niedrige bis mittlere und Werte ≥6 als hohe Abhängigkeit eingestuft wurden.

Die Telefoninterviews umfassten fünf Fragen: (1) „Wie ist Ihr aktueller Rauchstatus?“, (2) „Wie oft haben Sie versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?“, (3) „Wie lange war Ihre längste rauchfreie Phase?“, (4) „Haben Sie nach Ihrem ersten Besuch in der Klinik eine neue Diagnose erhalten?“; bei rauchenden Teilnehmenden wurde zusätzlich gefragt: (5) „Möchten Sie Unterstützung erhalten, um mit dem Rauchen aufzuhören?“

■ Ergebnisse

Während des Studienzeitraums hatten 297 Erwachsene im Alter von 60 Jahren oder älter die Klinik besucht. Das Durchschnittsalter bei Klinikbesuch lag bei $64,80 \pm 4,34$ Jahre (Spanne 60–83 Jahre). Zum Zeitpunkt der Nachbefragung waren 26 der 297 Teilnehmenden

(8,8 %) als verstorben registriert und wurden nicht kontaktiert.

Es wurden drei telefonische Kontaktversuche zu verschiedenen Tageszeiten unternommen. Damit wurden von den verbleibenden 271 Teilnehmenden 97 (35,8 %) erfolgreich kontaktiert, wohingegen 174 nicht erreichbar waren. Erfolgreich kontaktierte Teilnehmende waren seltener verheiratet als nicht erreichte (70,1 % vs. 82,8 %, $p=0,016$) und hatten höhere Ausgangswerte des ausgeatmeten Kohlenmonoxids ($p=0,019$). Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede in Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Beschäftigungsstatus, Baseline-FTND-Werte oder Packungsjahre beobachtet. In der Gesamtkohorte betrug der Median 50 Packungsjahre und der FTND-Wert lag durchschnittlich bei 5,69.

Von den 97 erreichten Befragten gaben 35 (36,1 %) an, dass sie zum Zeitpunkt des Interviews nicht rauchten, während die anderen 62

(63,9 %) angaben, dass sie rauchten. Wenn alle 174 nicht erreichten PuP als aktuell rauchend gewertet wurden, errechnet sich ein der Anteil der abstinenten PuP von 12,9 %.

Die mediane Anzahl von Aufhörversuchen lag bei 1, und die längste Abstinenzphase median bei vier Monaten. 27 Befragte gaben an, maximal einen Monat abstinent gewesen zu sein, 23 zwischen einem und sechs Monaten, vier zwischen sechs und zwölf Monaten und 43 (44,3 %) für mehr zwölf Monaten. Unter den 35 Befragten, die angegeben hatten, derzeit nicht zu rauchen, berichteten 33 (94,3 %) von einer länger als zwölfmonatigen rauchfreien Phase.

Von den 62 aktuell rauchenden Befragten gaben 50 (80,6 %) an, dass sie gerne wieder Unterstützung für einen weiteren Aufhörversuch erhalten würden.

Unter den 97 erreichten Befragten gaben 64 (66,0 %) an, nach dem ersten Besuch in der Klinik mindestens eine neue medizinische Diagnose erhalten zu haben. Die am häufigsten gemeldeten Diagnosen waren chronisch obstruktive Lungenerkrankung ($n=23$) und bösartige Tumore ($n=6$).

Die explorative multivariate binäre logistische Regression unter allen 97 Befragten mit dem selbstberichteten Rauchstatus als abhängige Variable förderte keine signifikanten Zusammenhänge zutage. Dieses Ergebnis hatte auch Bestand, wenn alle 174 nicht erreichten PuP als aktuell rauchend in die Analyse mit aufgenommen wurden.

■ Diskussion

Die langfristige Ermittlung des Rauchstatus war angesichts der schwachen Retentionsrate nur begrenzt aussagekräftig und sollte als Befund bei den erreichten Befragten

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

interpretiert werden, nicht als Abstinenzquote für die ursprüngliche Kohorte. Die multiplen Analysen waren explorativ und ließen keine vergleichenden Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit der Behandlung zu. Die hohe Bereitschaft von nicht abstinenter Befragten, erneut aufhören und dabei Unterstützung in Anspruch nehmen zu wollen, unterstreicht das Potenzial für Re-Kontaktierungen bei älteren PuP.

Anmerkung: Lediglich drei telefonische Kontaktversuche erscheinen auch angesichts der großen Zeitspanne zwischen Intervention und Nachbefragung etwas wenig. Erfahrungen mit 12-Monats-Nachbefragungen bei der BIÖG-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung beispielsweise zeigen, dass ein substanzieller Anteil von Personen erst nach mehr als drei Kontaktversuchen erreicht wird.