

# Newsletter Tabakentwöhnung

Nr. 97, Dezember 2024

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



dkfz.

DEUTSCHES  
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM  
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT



WHO-Kollaborationszentrum  
für Tabakkontrolle

## Editorial

In kreativen Berufen wie bei den Filmschaffenden scheint das Rauchen häufig positiv besetzt zu sein; es wird sowohl als Stilmittel in Filmen eingesetzt als auch selbst ausgeübt. Rauchende Darstellende oder Regieführende haben als attraktive Modelle einen ungünstigen Einfluss auf das Rauchverhalten des (oft jungen) Publikums. Aber es gibt auch andere Beispiele: Der US-amerikanische Regisseur David Lynch hat sich in einem Interview mit dem „People“-Magazin kürzlich zu den Folgen seines eigenen Zigarettenkonsums geäußert und dabei eindringlich vor den Folgen gewarnt. Er habe mit acht Jahren seine erste Zigarette geraucht und leide inzwischen an einem schweren Lungenemphysem, das ihn dazu zwingt, beim Gehen zusätzlichen Sauerstoff zuzuführen. Er warnt andere Rauchende mit drastischen Worten: Es sei, als ob man mit einer Plastiktüte um den Kopf herumlaufe. Rauchen gleiche einem Spiel mit dem Feuer, es könne jeden erwischen. Er sei das Risiko eingegangen und erwischt worden. Das Lungenemphysem sei vor vier Jahren bei ihm diagnostiziert worden, dennoch habe es weitere zwei Jahre gedauert, bis er den Tabakkonsum eingestellt habe. Es sei ein wichtiger Teil seines Lebens gewesen. „Ich liebte den Geruch von Tabak, den Geschmack von Tabak. Ich liebte es, Zigaretten anzuzünden. Es gehörte für mich zum Filmemachen und Künstlerdasein dazu.“ Zwar habe er im Laufe der Jahre viele Male versucht, mit dem Rauchen aufzuhören, aber wenn es schwierig wurde, habe er eine Zigarette

## Inhalt

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	3
News	4
Neue Publikationen	4

angezündet – es sei wie ein „one-way trip to heaven“ gewesen. Jetzt hoffe er, dass seine eigene Erfahrung für andere Raucher nützlich sein könne. „Ich wollte das unbedingt überbringen: Denken Sie darüber nach. Sie können mit diesen Dingen aufhören, die Sie am Ende umbringen werden. Ich bin es Ihnen – und mir selbst – schuldig, das zu sagen.“ Das Rauchen als Stilmittel will er aber in seinen Filmen weiter einsetzen mit der Begründung, dass Rauchen Teil des Lebens sei. Vom „Tobacco Endgame“ scheint er also noch nicht gehört zu haben.

Fachpersonen wissen, dass eine bloße Reduktion der Rauchmenge pro Tag oder das Rauchen von nur wenigen Zigaretten nicht vor den Folgeschäden des Rauchens schützt. Unter Konsumierenden ist aber noch eine andere Einschätzung verbreitet, wie wir selbst in Beratungen immer wieder zu hören bekommen. In einer Online-Befragung bei rauchenden australischen Erwachsenen im April/Mai 2022 wurden diese zum einen gefragt, ob sie der Aussage zustimmen, dass die Reduzierung der Anzahl der gerauchten Zigaretten ein wirksames Mittel ist, um das Risiko zu verringern, gesundheitliche

Folgeschäden des Rauchens zu erleiden (1). Eine zweite Frage war, ob sie der Aussage zustimmen, dass „eine Zigarette pro Tag zu rauchen etwa ein Zwanzigstel so gefährlich ist wie das Rauchen einer Packung von 20 Zigaretten pro Tag“. Die Fehlannahme, dass die Reduzierung der Anzahl der gerauchten Zigaretten ein wirksames Mittel zur Risikoreduktion sei, wurde von insgesamt 72 % der Rauchenden bejaht. Diejenigen, die täglich maximal 5 Zigaretten oder nur gelegentlich rauchten, stimmten signifikant häufiger zu als Befragte, die mehr Zigaretten rauchten. Mehr als zwei Drittel unterschätzten die Gefahren des Rauchens einer Zigarette pro Tag, und diese Fehleinschätzung war bei den Befragten mit einem Konsum von höchstens fünf Zigaretten ebenso häufiger anzutreffen. Falsche Vorstellungen über den Nutzen der Konsumreduktion und des geringen Konsums zur Verringerung des Risikos tabakverursachter Schäden sind immer noch allgegenwärtig, insbesondere bei denjenigen, die derzeit nur wenig oder nur gelegentlich rauchen.

Ende Oktober wurde die Evaluationsstudie zur längerfristigen Effektivität der BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung publiziert (2). In dieser zweiarmigen, randomisiert-kontrollierten Studie wurden insgesamt 905 Zigaretten-Rauchende zufällig der Interventionsgruppe (bis zu sechs telefonische Beratungsgespräche) oder der Kontrollgruppe (Rauchfrei-Selbsthilfematerialien) zugewiesen. Nach dem Intention-to-treat-Prinzip zeigten Studienteilnehmende der

Interventionsgruppe nach 12 Monaten signifikant höhere prolongierte Abstinenzquoten (30,8 %) als Versuchspersonen der Kontrollgruppe (15,2 %; Effektschätzer OR = 2,5; KI = 1,8–3,5). Wenn man zudem die Angaben zur Ausschöpfung berücksichtigt, wonach von den 477 Teilnehmenden der telefonischen Interventionsgruppe 130 lediglich in die Interventionsgruppe randomisiert worden waren, dort aber keinerlei (telefonische) Intervention erhalten hatten, erscheint die berichtete Abstinenzquote in noch erfreulicherem Licht. Auch die Performanz in der Kontrollgruppe fällt besser aus als erwartet. Es stehen hierzulande also durchaus wirksame und niedrighschwellige Unterstützungsmaßnahmen zur Verfügung.

In dieser vierten und für 2024 letzten Ausgabe unseres Newsletters werden drei neue Publikationen etwas ausführlicher besprochen. Zunächst werden Ergebnisse einer US-amerikanischen Studie zur Bewertung der Wirksamkeit einer erneuten telefonischen Behandlung bei Klientinnen und Klienten mit sozioökonomischer Benachteiligung vorgestellt, die drei bis sechs Monate nach der Erstberatung wieder oder noch geraucht haben. Dann folgt die Auswertung individueller und klinischer Faktoren, die Adhärenz ebenfalls bei sozioökonomisch benachteiligten erwachsenen Rauchenden beeinflussen bzw. die mit der Therapietreue verbunden sind. Die dritte und letzte vorgestellte Publikation schließlich hatte zum Ziel, festzustellen, ob sich die bei Arztbesuchen angebotene Behandlung der Tabakabhängigkeit je nach klinischem Zustand der Patientinnen und Patienten (Substanzmittel-Abusus, Depressionen und/oder körperlichen Erkrankungen) unterscheidet.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung und ein gesundes Jahr 2025,

Ihr Redaktionsteam

Ute Mons, Katrin Schaller, Peter Lindinger, Anil Batra

---

(1) Brennan E, Nuss T, Haynes A, Scollo M, Winnall WR, Wakefield M & Durkin S (2024) Misperceptions about the effectiveness of cutting down and low-rate daily smoking for reducing the risk of tobacco-caused harm. *Nicotine Tob Res*: ntae263, DOI: 10.1093/ntr/ntae263

(2) Delle S, Kraus L, Maspero S, Pogarell O, Hoch E & Lochbühler K (2024) Long-term effectiveness of a quitline for smoking cessation: Results of a randomized controlled trial. *Eur Addict Res*, DOI: 10.1159/000541682

## 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: München 24.–28.2.2025; Berlin 31.3.–4.4.2025. Schulung Klinik-Zertifikat: Frankfurt 7.–9.2.2025. Verkürzte Schulung: Oberursel 24.–26.3.2025. Infos unter <http://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/fbsuche>

#### 20-stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

Teilnehmende werden ausführlich in die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Rauchenden mit dem gemäß § 20 SGB V anerkannten Programm „Nichtraucher in 6 Wochen“ eingeführt und sollten allgemeine Erfahrung in der

Suchttherapie mitbringen. Teilnehmende haben Anspruch auf Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. Der Landespsychotherapeutenkammer. Termin: 3.–4.4.2025 im Rahmen der Tübinger Suchttherapietage. Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen. Information und Anmeldung: Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen, Sylwia Mleczko, Tel.: 07071/2 98 23 13, E-Mail: [sylwia.mleczko@med.uni-tuebingen.de](mailto:sylwia.mleczko@med.uni-tuebingen.de)

### Kongresse/Tagungen

#### ■ National

**26. Frühjahrs-Tagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. in Kooperation mit der Sektion Suchtforschung Universitätsklinikum Tübingen**  
Mittwoch, 12. März 2025 von 13 bis 17 Uhr in Frankfurt, Arbeitstitel: „Aktualisierung der Leitlinie Tabak“ Programm und Anmeldung in Kürze unter <https://www.wat-ev.de>

#### 29. Tübinger Suchttherapietage (mit Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung)

2.–4.4.2025, Veranstalter: Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik, Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung, E-Mail: [info@tuebinger-suchttherapietage.de](mailto:info@tuebinger-suchttherapietage.de); <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/veranstaltungskalender/veranstaltung/3459>

#### ■ International

#### SRNT-Konferenz

12.–15.3.2025 in New Orleans, USA. Programm und Anmeldung unter <https://srnt.joyntmeeting.com/v2>. Rapid Response-Einreichungen sind noch bis 27.12.2024 möglich

---

## News

Der erste Bericht des Surgeon General's Advisory Committee on Smoking and Health, der 1964 veröffentlicht wurde, gilt als bahnbrechendes Dokument zur Verringerung der Auswirkungen des Tabakkonsums auf die Gesundheit, auch wenn Rauchen 60 Jahre danach nach wie vor die häufigste Ursache für vermeidbare Todesfälle in den USA darstellt. Das Rauchen von Zigaretten unter allen Erwachsenen in den USA ist seit 1965 um mehr als 70 % zurückgegangen (von 42,4 % im Jahr 1965 auf 11,5 % im Jahr 2021).

Der neue, 35. Bericht über Rauchen und Gesundheit gibt einen Überblick über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den gesundheitlichen Ungleichheiten im Zusammenhang mit Tabakkonsum in den Vereinigten Staaten. Er dokumentiert die Fortschritte bei der Reduzierung des Tabakkonsums, auch wenn dieser ähnlich wie die Exposition gegenüber Passivrauch nicht in

allen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen zurückgegangen ist.

Der neue Bericht „Eliminating Tobacco-Related Disease and Death: Addressing Disparities – A Report of the Surgeon General“, hebt die jüngsten wissenschaftlichen Erkenntnisse über Ungleichheiten in folgenden Bereichen hervor:

- Konsum von kommerziellen Tabakerzeugnissen,
- Exposition gegenüber Passivrauch,
- Exposition gegenüber der Vermarktung von Tabakerzeugnissen;
- Auswirkungen auf die Gesundheit im Zusammenhang mit dem Rauchen

Der gesamte Bericht (837 Seiten), einzelne Fact Sheets sowie ein einfach verständlicher Überblick über den Bericht findet sich unter <https://www.cdc.gov/tobacco-surgeon-general-reports/about/2024-end-tobacco-disparities.html>.

---

## Neue Publikationen

### **Tobacco quitline retreatment interventions among adults with socioeconomic disadvantage. A factorial randomized clinical trial**

*Kaye JT, Kirsch JA, Bolt DM, Kobinsky KH, Vickerman KA, Mullis K, Fraser DL, Baker TB, Fiore MC & McCarthy DE (2024) JAMA Network Open 7: e2443044, DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.43044*

#### ■ Hintergrund

Auch bei Nutzung evidenzbasierter Behandlungsangebote ist der Rückfall bzw.

der fortgesetzte Tabakkonsum das häufigste Ergebnis einer Rauchstoppbehandlung. Eine Wiedervorstellung und erneute Behandlung derjenigen, die nach einer Behandlungsmaßnahme weiter rauchen, könnte auch zu einer Verbesserung der Ausstiegsraten beitragen.

Es wurde versucht, Klientinnen und Klienten mit sozioökonomischer Benachteiligung, die drei bis sechs Monate nach einer Erstberatung wieder oder noch geraucht haben, durch eine proaktive Wiedereinbindung für eine erneute telefonische Behandlung zu gewinnen. Dabei wurden die Effekte vier unterschiedlicher evidenzbasierter Strategien auf die 26-wöchige

Abstinenz in dieser Population untersucht. Zu diesen Strategien gehörten

- 1) die Erhöhung der Intensität der telefonischen Beratung,
- 2) die Erhöhung der Dauer und Intensität der Nikotinersatztherapie (NET),
- 3) die zusätzliche Nutzung eines SMS-Programms und
- 4) die Bereitstellung finanzieller Anreize für die Teilnahme und Nutzung der Behandlung.

### ■ Methode

In dieser 2×2×2×2-faktoriellen randomisierten Studie wurden Teilnehmende auf eine von 16 Behandlungsbedingungen aus einer der Kreuzung der oben genannten experimentellen Faktoren randomisiert: Die Intensität der Quitline-Beratungsanrufe (vier proaktive Anrufe vs. ein Anruf), vierwöchige NET-Kombinationsbehandlung aus Pflaster und Lutschtablette vs. zweiwöchige Pflastertherapie, zusätzliche Nutzung des SMS-Programms SmokefreeTXT vs. keine Nutzung und Incentivierung von 30 US-Dollar für die Durchführung jedes Quitline-Anrufs und der Nutzung von SmokefreeTXT für 6 Wochen vs. keine Incentivierung. Als primärer Endpunkt fungierte die selbstberichtete und durch eine negative Speichel-Cotininbestimmung verifizierte 7-Tage-Punktprävalenz-Abstinenz nach sechs Monaten (was angesichts des großen Aufwandes bei niedrigschwelligen Interventionen wie Telefonberatung einen seltenen und ungewöhnlichen Endpunkt darstellt), als sekundärer Endpunkt die selbstberichtete 7-Tage-Punktprävalenz-Abstinenz nach 12 Wochen. Die Randomisierung erfolgte blockweise und stratifiziert nach Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und dem Maß der sozioökonomischen Benachteiligung.

Die Stichprobe bestand aus englischsprachigen, erwachsenen Klientinnen und Klienten der

Wisconsin Tobacco Quit Line (WTQL), die zwischen dem 7. Juni 2018 und dem 21. März 2023 mindestens ein Beratungsgespräch erhalten hatten. Teilnehmen konnten nur Personen, die nicht versichert oder Medicaid-berechtigt waren und/oder nicht mehr als einen Highschool-Abschluss vorzuweisen hatten. Drei bis sechs Monate nach dem Rauchstopp-termin der Erstberatung wurde denjenigen, die mindestens an sechs der letzten sieben Tage geraucht hatten (mindestens einmal fünf Zigaretten oder mehr) und bereit waren, innerhalb von 2 Wochen nach der Einschreibung einen neuerlichen Rauchstopptermin zu setzen, eine neuerliche Teilnahme angeboten.

### ■ Ergebnisse

Von 6019 in Frage kommenden Personen wurden 1 316 Teilnehmende randomisiert. Frauen waren etwas stärker repräsentiert (58 %), der Altersdurchschnitt lag bei 53 Jahren (SD = 11,9).

Die Teilnehmenden berichteten von einer sehr hohen Motivation zum Aufhören (Mittelwert 8,5 auf einer Skala von 1 bis 10, SD = 1,7). Der 26-wöchige Follow-up-Anruf wurde von 1 075 (81,7 %) der Teilnehmenden beantwortet, wovon 368 (28,0 %) angaben, abstinent zu sein. Cotinin-Speichelproben wurden nur von 212 dieser 368 Teilnehmenden (57,6 %) abgegeben. Insgesamt 919 Teilnehmende (69,8 %) wurden entsprechend für die Berechnung des primären Endpunkts berücksichtigt (707 nach eigenen Angaben Rauchende und 212 nach eigenen Angaben Nichtrauchende mit vorliegender Speichelprobe). Analysen der Vermittlung unterschiedlicher Interventionsintensitäten bestätigten, dass die Teilnehmenden der 4-Anrufe-Bedingung mehr Anrufe erhalten hatten als die in der 1-Anruf-Bedingung (durchschnittlich 2,7 vs. 1,2 Anrufe), nur diejenigen in der NET-Kombinationsbehandlung auch Nikotin-Lutschtabletten erhielten (87,4 %),



nur diejenigen in der Incentivierungs-Gruppe finanzielle Anreize erhielten (Mittelwert \$ 52,70, SD = \$ 36,72) pro Teilnehmende) und nur die in die SmokefreeTXT-Bedingung randomisierten Teilnehmenden sich in dieses SMS-Programm eingeschrieben hatten.

Der primäre Endpunkt (7 Tage-Punktprävalenz nach 26 Wochen, verifiziert durch Speichel-Cotinin) lag insgesamt bei 12,3 % (162 von 1316 Teilnehmenden, davon 397 fehlende Angaben). Signifikante Haupteffekte für die vier Bedingungen konnten nicht nachgewiesen werden: Intensität der Quitline-Beratungsanrufe (vier proaktive Anrufe: 13,0 % vs. ein Anruf 11,6 %; OR = 1,04; KI = 0,88–1,24), vierwöchige NET-Kombinationsbehandlung aus Pflaster und Lutschtablette 13,4 % vs. zweiwöchige Pflastertherapie 11,2 %, OR = 1,12; KI = 0,94–1,34, zusätzliches SMS-Programm Smoke-freeTXT 11,2 % vs. keine Nutzung 13,4 %, OR = 0,88; KI = 0,74–1,05 und Incentivierung 11,8 % vs. keine Incentivierung 12,8 %, OR = 0,94; KI = 0,78–1,11). Es gab auch keine signifikanten 2-Wege-Wechselwirkungen, aber es gab eine signifikante 3-Wege-Wechselwirkung mit der höchsten Abstinenzquote von 17,1 % bei der Kombination von vier Beratungsanrufen, NET-Kombination und finanzielle Anreize (Wald = 6,07;  $p = 0,01$ ). Sensitivitätsanalysen erbrachten vergleichbare Ergebnisse.

Bezüglich des sekundären Endpunktes „selbstberichtete 7-Tage-Punktprävalenzabstinenz nach 12 Wochen“ wurden zum einen höhere Abstinenzquoten ermittelt (25,5 % aller randomisierten Teilnehmenden), zum anderen zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt der Beratungsintensität (OR = 1,15; KI = 1,02–1,31;  $p = 0,03$ ; 1 Beratungsgespräch, 23,0 %; 4 Beratungsgespräche, 28,1 %). Andere signifikante Haupteffekte oder Wechselwirkungen höherer Ordnung wurden auch bezüglich dieses Erfolgsmaßes nicht ermittelt.

## ■ Diskussion

In dieser randomisierten klinischen Studie wurden vier experimentelle Strategien untersucht, um die Ausstiegschancen von sozioökonomisch benachteiligten Erwachsenen zu verbessern, die bereits davor erfolglos an einem telefonischen Ausstiegsprogramm teilgenommen hatten. Die wichtigsten Wirkungstests zeigten, dass für keine der vier Interventionen ein signifikanter Haupteffekt auf die biochemisch bestätigte Abstinenz nach 6 Monaten nachgewiesen werden konnte. Zwar führte eine höhere Anzahl von Beratungsgesprächen zu verbesserten selbstberichteten Abstinenzraten nach 12 Wochen, aber dieser Effekt hielt nicht über die sechs Monate an (was auch an der zusätzlich geforderten Speichelprobe liegen könnte, die von über 40 % der in Frage kommenden Teilnehmenden nicht bereitgestellt wurde). Trotz hoher initialer Aufhörmotivation war nur jeder achte Teilnehmende nach sechs Monaten rauchfrei geworden. Untersuchungen von Wechselwirkungen deuten darauf hin, dass die Kombination aus finanziellen Anreizen, einer größeren Anzahl an Beratungskontakten und die Verwendung kombinierter NET zu tendenziell besseren Abstinenzergebnissen führt; allerdings hat nur eine geringe Anzahl von Teilnehmenden diese Kombination erhalten (N = 164).

Auch wenn die biochemisch verifizierte Intention-to-Treat-Abstinenzquoten insgesamt nur bei 12,3 % lagen, ist dies ein klinisch bedeutsamer Erfolg angesichts der Herausforderungen, mit denen die Bevölkerungsgruppe der sozioökonomisch Benachteiligten bei der Beendigung des Rauchens konfrontiert ist. Es bleibt jedoch unklar, ob diese Abstinenzquote auf die erneute Behandlung zurückzuführen ist, da in

dieser Studie keine unbehandelte Kontrollgruppe enthalten war.

### **The influence of sociodemographic, tobacco use, and mental health characteristics on treatment adherence among adults enrolled in a community-based tobacco cessation program**

Ogunsanya ME, Chens S, Cohn AM, Frank-Pearce SG, Businelle MS & Kendzor DE (2024)  
*Addict Behav Rep* 20: 100568, DOI: 10.1016/j.abrep.2024.100568

#### ■ Hintergrund

Beratung, Verhaltenstherapie und pharmakologische Interventionen können den Rauchstopp nachweislich erleichtern und die Erfolgsaussichten erhöhen, geringe Adhärenz sich andererseits aber negativ auf die Wirksamkeit dieser Interventionen auswirken. Daher zielte diese Studie darauf ab, bei sozioökonomisch benachteiligten erwachsenen Rauchenden individuelle und klinische Faktoren zu identifizieren, die die Adhärenz beeinflussen oder die mit der Therapietreue verbunden sind.

#### ■ Methode

Zwischen Oktober 2016 und August 2019 wurden 649 mindestens 18 Jahre alte und an einem Rauchstopp interessierte Rauchende in das Tobacco Treatment Research Program (TTRP) aufgenommen. TTRP ist ein öffentlich zugängliches Programm in Oklahoma City, USA, das kostenlose Beratung zur Tabakentwöhnung und Pharmakotherapie anbietet und Einzelpersonen die Möglichkeit bietet, an Tabakinterventionsstudien teilzunehmen. Personen, die bereits an anderen Behandlungsstudien teilnahmen, wurden von den Analysen ausgeschlossen, wodurch die ausgewertete

Stichprobengröße auf 442 Teilnehmenden sank. Während der Einschreibungsvisite wurden die Teilnehmenden ermutigt, ein Aufhörtatum innerhalb der nächsten sieben Tage festzulegen. Den Teilnehmenden wurden in der Folge sechs wöchentliche Beratungsgespräche angeboten, entweder persönlich oder telefonisch, beginnend eine Woche vor dem geplanten Ausstiegsdatum bis vier Wochen danach. Die Intervention umfasste folgende Beratungsinhalte:

- 1) Auswirkungen des Tabakkonsums auf die Gesundheit/Vorteile des Rauchstopps,
- 2) Stressbewältigungstechniken,
- 3) Änderungen in Richtung gesunder Lebensstil,
- 4) Entwicklung von Bewältigungsstrategien und
- 5) Prävention von Rückfällen.

Logistische Regressionsmodelle wurden berechnet, um soziodemografische, psychische sowie Gesundheits- und Substanzkonsummerkmale zu identifizieren, die mit der Therapietreue in Zusammenhang standen. Die Adhärenz wurde anhand der Teilnahme an den Beratungsterminen und Dauer der Verwendung der medikamentösen Therapie ermittelt.

Die Teilnehmenden erhielten eine Kombinations-Nikotinersatztherapie (NET) für bis zu 12 Wochen. Vareniclin oder



Bupropion wurde denjenigen verschrieben, die es vorzogen, keine NET zu verwenden oder Kontraindikationen hatten. Die Teilnehmenden wurden 26 Wochen lang nachverfolgt. Die Medikationsadhärenz wurde allerdings nur in den ersten vier Wochen nach dem Entwöhnungsdatum erhoben. Die Adhärenz bezüglich der Inanspruchnahme der Beratung wurde operationalisiert als Zahl der Beratungsgespräche, die während des 6-wöchigen Zeitraums absolviert wurden. Die Beratungsadhärenz wurde anhand eines Cutoffs von vier Beratungsgesprächen kategorisiert ( $\geq 4$  vs.  $< 4$ ).

### ■ Ergebnisse

Die Teilnehmenden hatten ein Durchschnittsalter von 53 Jahren, 55 % waren weiblichen Geschlechts und 42,3 % gehörten ethnischen Minderheiten an. Der durchschnittliche Zigarettenkonsum pro Tag lag bei 16 (SD = 10), die Rauchdauer bei 30 Jahren (SD = 15). Knapp die Hälfte der Teilnehmenden (44,8 %) berichtete von Depressionen (Center for Epidemiological Studies Depression Scale CESD Score  $\geq 10$ ).

Mehr als die Hälfte der untersuchten Teilnehmenden (N = 242 von 442) nahm an vier oder mehr Beratungen teil, wohingegen eine mittlere bis hohe Medikationsadhärenz bei nur etwa einem Drittel beobachtet wurde (34,6 %, N = 148 von 428). Auffällige Prädiktoren für die Teilnahme an mindestens vier Beratungsgesprächen waren höheres Alter (OR = 1,03, KI = 1,01–1,04;  $p < 0,01$ ), weiße Ethnie (OR = 1,85, KI = 1,26–2,71;  $p < 0,01$ ), höhere Bildung (OR = 1,09, KI = 1,00–1,18;  $p < 0,05$ ), Alkoholkonsum in der vergangenen Woche (OR = 1,58, KI = 1,08–2,33;  $p < 0,05$ ), hoher Alkoholkonsum in den letzten sieben Tagen (OR = 1,95, KI = 1,03–3,70;  $p < 0,05$ ), längere Rauchdauer (OR = 1,02, KI = 1,00–1,03;  $p < 0,05$ ) und höhere Selbstwirksamkeit (OR = 2,09, KI = 1,25–3,48;  $p < 0,01$ ).

Umgekehrt waren die Prädiktoren unversichert oder Medicaid-versichert (OR = 0,63, KI = 0,43–0,93;  $p < 0,05$ ), höhere Depressionswerte (CESD-Score von  $\geq 10$ ; OR = 0,60, KI = 0,41–0,88;  $p < 0,01$ ) und eine Präferenz für Mentholzigaretten (OR = 0,52, KI = 0,34–0,79;  $p < 0,01$ ) mit der geringeren Inanspruchnahme von Beratungsgesprächen assoziiert.

Bezüglich der Medikamentenadhärenz war das Rauchen von sowohl Menthol als auch Nicht-Mentholzigaretten (OR = 0,24, 95 % KI = 0,07–0,87,  $p < 0,05$ ), das Zusammenleben mit anderen rauchenden Personen (OR = 0,60, KI = 0,38–0,95,  $p < 0,05$ ) und höhere Kohlenmonoxid-Werte (OR = 0,98, KI = 0,96–1,00,  $p < 0,05$ ) mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einer intensiven Nutzung der Medikation assoziiert.

### ■ Diskussion

In dieser Studie wurden Schlüsselfaktoren identifiziert, die mit Adhärenz bezüglich der Einhaltung von Beratungsterminen und der Nutzung von Pharmakotherapie zusammenhängen. Die Mehrheit der Teilnehmenden nahm vier oder mehr Beratungssitzungen in Anspruch, aber die Medikamentenadhärenz war eher schwach. Neben Alter und ethnischer Zugehörigkeit war die Tatsache, nicht oder Medicaid-versichert zu sein zu haben, negativ mit der Einhaltung der Beratung verbunden, was die gut dokumentierte Ungleichheit in der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung in unterversorgten Bevölkerungsgruppen unterstreicht. Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status nehmen weniger wahrscheinlich an Beratungsgesprächen zur Tabakentwöhnung teil, und sie neigen eher dazu, sie abzubrechen, auch wenn die Behandlung kostenlos war. Es bedarf offensichtlich präzise zugeschnittener Interventionen, um soziale, verhaltensbezogene und Umweltfaktoren wie



Lebenssituationen und psychische Gesundheit bei Behandlungsmaßnahmen zu adressieren, um die Behandlungsergebnisse bei unterversorgten Bevölkerungsgruppen zu verbessern. Zukünftige Programme zur Tabakentwöhnung sollten diese Faktoren in Betracht ziehen, um die Adhärenz und damit letztlich auch die Erfolgsquoten zu verbessern.

### **Healthcare visits by smokers: Does cessation treatment differ based on clinical condition?**

*Geletko KW, Graves K, Hogans-Mathews S & Harman J (2024) Nicotine Tob Res 26: 1714–1720; DOI: 10.1093/ntr/ntae144*

#### ■ Hintergrund

Eine ärztlich durchgeführte, evidenzbasierte Behandlung der Tabakabhängigkeit, die Verhaltensberatung, verschreibungspflichtige Medikamente (Bupropion und Vareniclin) und/oder Nikotinersatztherapie (NET) umfasst, hat unter den Interventionen veränderbarer Risikofaktoren wahrscheinlich den größten Einfluss auf die Verringerung der Sterblichkeit. Bei Personen mit psychischen und Verhaltensstörungen ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie eine Tabakbehandlung erhalten, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung jedoch geringer. Diese Ungleichheit bei der Behandlung der Tabakabhängigkeit könnte auf

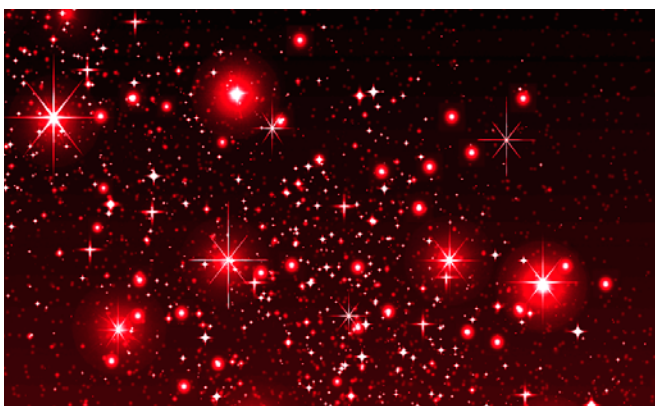
eine hohe Nikotinabhängigkeit, mangelnden Zugang zu Behandlung und Medikamenten sowie rauchbegünstigende soziale Normen zurückgeführt werden. Auch bei Gesundheitsberufen selbst sind Fehlinformationen über Selbstmedikation und kognitive Vorteile des Rauchens bei Personen mit psychischen Erkrankungen und Substanzmittelmissbrauch (SMM) weit verbreitet. Sie zögern zu intervenieren, wenn sie befürchten, dass sich ein Rauchstopp nachteilig auf die psychische Gesundheit oder die Substanzmittelabstinenz der Patientinnen und Patienten (PuP) auswirkt. Dasselbe gilt für die Betroffenen selbst. Daher sollte diese Studie feststellen, ob sich die bei Arztbesuchen angebotene Behandlung zur Tabakentwöhnung je nach klinischem Zustand der Patienten unterscheidet und ob also Rauchenden mit SMM, Depressionen und/oder körperlichen Erkrankungen bei Arztbesuchen andere Formen der Tabakbehandlung angeboten werden.

#### ■ Methode

Für diese Publikation wurden Daten aus dem „National Ambulatory Medical Care Survey“ (NAMCS) der Jahre 2015 bis 2018 herangezogen. NAMCS ist eine national repräsentative Umfrage von Arztbesuchen in den Vereinigten Staaten. Anhand der erhobenen Daten wurden multivariate logistische Regressionen berechnet, um zu beurteilen, ob die Wahrscheinlichkeit, eine Behandlung zur Tabakentwöhnung zu erhalten, zwischen drei unterschiedlich belastenden Patientengruppen variierte:

- 1) SMM,
- 2) Depressionen und
- 3) körperliche Erkrankungen.

Behandlung beinhaltete Beratung, medikamentöse Therapie oder eine beliebige Kombination daraus. Beratung zur



Tabakentwöhnung wurde als in Anspruch genommen gewertet, wenn ein entsprechendes Kontrollkästchen in der Umfrage angekreuzt worden war; medikamentöse Behandlung galt als erfüllt, wenn ein Präparat verschrieben, bestellt oder geliefert worden war.

Depression war die einzige psychische Erkrankung, die in der Umfrage erfasst wurde. Zu den körperlichen Erkrankungen gehörten: chronische Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankung, Bluthochdruck, Diabetes, Asthma, chronische obstruktive Lungenerkrankung und Krebs.

## ■ Ergebnisse

Es gab 4 590 Besuche von PuP, die die Einschlusskriterien „aktuell rauchend“ und „mindestens 18 Jahre alt“ erfüllten. Bei 18,4 % aller Kontakte wurde eine Ausstiegsberatung angeboten, eine medikamentöse Therapie bei 5,5 %, und irgendeine Art von Behandlung (Beratung und/oder Medikamente) wurde bei 22,1 % der Besuche angeboten. Bei PuP mit SMM war eine Beratung zur Tabakentwöhnung mit 34,4 % am häufigsten anzutreffen, während von den PuP mit Depressionen nur 17,9 % und bei somatisch erkrankten PuP nur 23,4 % Beratung erhielten. Bezüglich der Medikamente zur Tabakentwöhnung waren die Anteile gänzlich anders verteilt: 6,7 % der SMM-Fälle, 11,3 % der PuP mit Depressionen und 6,8 % der Patienten mit körperlichen Erkrankungen erhielten eine medikamentöse Therapie. Die adjustierten Effektschätzer (ORs) für jede der drei Behandlungsformen ergab folgendes Bild: PuP mit SMM hatten Vergleich zu Patienten ohne SMM eine 3,4-mal höhere Wahrscheinlichkeit, eine Rauchstoppberatung zu erhalten (OR = 3,42;  $p < 0,001$ ). Auch PuP mit körperlichen Erkrankungen hatten mit höherer Wahrscheinlichkeit Beratung erhalten als körperlich unauffällige PuP (OR = 1,99;  $p < 0,001$ ). Bei depressiven PuP hingegen

wurden keine signifikant größeren oder kleineren Chancen ermittelt, eine Ausstiegsberatung zu erhalten (OR = 0,85, ns), verglichen mit PuP ohne Depressionen. Tests zum Vergleich der Effektschätzer zwischen den drei klinischen Gruppen zeigten, dass PuP mit SMM eine 4,02-mal höhere Chance hatten, eine Rauchstopp-Beratung zu erhalten als PuP mit Depressionen, und somatisch erkrankte PuP eine 2,34-mal höhere Wahrscheinlichkeit als PuP mit Depressionen.

Ein gänzlich anderes Bild zeigte sich bezüglich der Medikamente: An Depressionen leidende PuP hatten eine mehr als 2,6-mal höhere Wahrscheinlichkeit (OR = 2,66;  $p < 0,001$ ), medikamentöse Therapien zu erhalten als solche ohne Depression. Auch PuP mit körperlichen Erkrankungen erhielten häufiger Medikamente zur Behandlung der Tabakabhängigkeit (OR = 1,84;  $p < 0,05$ ) als PuP ohne diese Erkrankungen. Für PuP mit SMM wurden keine diesbezüglichen Auffälligkeiten ermittelt. Bei PuP mit Depressionen wurden deutlich häufiger Medikamente zur Tabakentwöhnung eingesetzt als bei PuP mit SMM (OR = 2,36,  $p < 0,01$ ). Für das Modell der „beliebigen Kombination von Behandlungen“ (Beratung und/oder Medikamente) wurde für PuP mit SMM im Vergleich zu PuP ohne SMM eine 2,9-mal höhere Wahrscheinlichkeit für irgendeine Behandlung errechnet (OR = 2,93;  $p < 0,001$ ). Auch PuP mit körperlichen Erkrankungen hatten häufiger eine beliebige Behandlung erhalten als körperlich unauffällige PuP (OR = 1,92;  $p < 0,001$ ). Bei depressiven Patienten hingegen wurden keine signifikant größeren oder kleineren Chancen ermittelt.

Die Koeffizienten für SMM und Depression waren signifikant unterschiedlich, so dass PuP mit SMM eine 2,36-mal höhere Chance hatten, irgendeine Kombination von Tabakentwöhnungsmaßnahmen zu erhalten als Patienten mit Depressionen.

## ■ Diskussion

Diese auf national repräsentativen Daten beruhenden Ergebnisse, zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, bei Arztbesuchen eine Behandlung zur Tabakentwöhnung erhalten zu haben, je nach klinischem Zustand der PuP erheblich variiert. Personen mit SMM und somatischen Erkrankungen haben beide deutlich höhere Chancen, eine solche Beratung zu erhalten als Personen mit Depressionen. Andererseits erhalten depressive Personen häufiger als substanzabhängige Personen eine medikamentöse Therapie. Diese Ergebnisse deuten auf eine Zurückhaltung bei der Verschreibung von Medikamenten bei Personen mit SMM hin, obwohl Bupropion und Vareniclin wirksam sind und inzwischen als sicher gelten. Irgendeine Form von Behandlungen (Medikation und/oder Beratung) wurden bei PuP mit SMM erheblich häufiger durchgeführt als bei PuP mit Depressionen.



Dennoch ist der prozentuale Anteil derjenigen, denen Behandlung angeboten wurde, sehr gering und weit entfernt von den Empfehlungen nationaler und internationaler Behandlungsleitlinien, in denen gefordert wird, dass allen identifiziert Tabakkonsumierenden ein Behandlungsangebot unterbreitet wird.

An Implikationen aus diesen Studienergebnisse ergibt sich die Notwendigkeit einer besseren Ausbildung der ärztlichen Gesundheitsberufe, um deren Selbstvertrauen bei der Behandlung komorbider rauchender PuP zu stärken. Die Behandlung der Tabakabhängigkeit in den Lehrplänen der medizinischen Fakultäten und in der postgradualen Ausbildung könnte dazu beitragen, Hindernisse auf Seiten der Behandelnden zu beseitigen. Viele dieser PuP sind motiviert, mit dem Rauchen aufzuhören, und die Effekte eines erfolgreichen Rauchstopps auf die gesundheitliche Gesamtsituation sind stärker als die der meisten anderen klinischen Maßnahmen.

---

## Impressum

Dieser Newsletter erscheint viermal jährlich.

Herausgeber:  
Deutsches Krebsforschungszentrum  
in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

Im Neuenheimer Feld 280  
D-69120 Heidelberg  
Tel.: +49 (0) 6221 42 30 10  
Fax: +49 (0) 6221 42 30 20  
E-Mail: [who-cc@dkfz.de](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