



# Newsletter Tabakentwöhnung

des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle  
am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg

**dkfz.**

DEUTSCHES  
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM  
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT



Forschen für ein Leben ohne Krebs



WHO-Kollaborationszentrum  
für Tabakkontrolle

in Zusammenarbeit mit dem  
Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung  
(WAT) e. V.

Nr. 93  
Dezember  
2023

## Editorial

Aus der Politik der letzten Wochen und Monaten sind insgesamt keine erfreulichen Neuigkeiten zu berichten; das gilt auch für Belange der Tabakkontrollpolitik. Das geplante Rauchverbot im Auto, wenn Schwangere und Kinder an Bord sind, ist mit der Begründung gekippt worden, dass eine solche Maßnahme eine übermäßige Beschneidung der Freiheitsrechte sei. Darunter leiden nicht nur die weiterhin dem Passivrauch ausgesetzten Mitreisenden, sondern auch Bemühungen um eine rauchfreie soziale Norm.

Es läuft auch in anderen Regionen der Welt bezüglich der Reduzierung der tabakassoziierten Krankheitslast alles andere als optimal: Neuseeland hat jüngst gewählt, und die neue Regierung hat beschlossen, die weltweit führenden Planungen für eine rauchfreie Nation wieder abzuschaffen, um Steuersenkungen zu finanzieren. Die Gesetzgebung, die unter der vorherigen Regierung von Jacinda Ardern eingeführt wurde, hätte den Verkauf von Zigaretten an alle nach 2008 Geborenen ab dem nächsten Jahr verboten. Wenig überraschend haben Gesundheitsexperten die plötzliche Kehrtwende scharf kritisiert.

Wir hatten in diesem Newsletter immer wieder aktuelle Zahlen der „Deutschen Befragung zum Rauchverhalten“ (DEBRA; <https://www.debra-study.info>) berichtet und dabei auf die hohe Rauchprävalenz und deren besorgniserregende Entwicklung in Deutschland hingewiesen. Die letzte Erhebungswelle weist mit 33,7 % Prävalenz einen nahezu unverändert hohen Wert auf. Unbefriedigend ist auch die im Vergleich zu letzten Erhebungswelle zwar leicht angestiegene, aber nach wie vor sehr geringe Quote von 12,5 % derjenigen Rauchenden, die mindestens einen ernsthaften Rauchstoppversuch in den letzten 12 Monaten unternommen haben.

Es existieren allerdings noch andere Erhebungen zur Prävalenzschätzung, wie der Mikrozensus, der jedes Jahr bei einem Prozent der Bevölkerung bundesweit durchgeführt wird, die GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell) des Robert-Koch-Instituts, der epidemiologische Suchtsurvey (ESA), den das IFT München in Deutschland durchführt sowie die Drogenaffinitätsstudie der BZgA. Die berichteten Prävalenzschätzungen unterscheiden sich teilweise erheblich voneinander. Diese Unterschiede wurden im Rahmen der 21. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle in einer Plenumsveranstaltung zu „Trends des Rauchverhaltens im Vergleich der verschiedenen

## Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
Neue Publikationen	2

Erhebungen“ diskutiert. Erklärt werden können die unterschiedlichen Zahlen durch differierende Erhebungszeiträume, die Berücksichtigung verschiedener Altersgruppen, die jeweiligen Stichprobengrößen, die Art der Datenerhebung (persönlich oder telefonisch) oder auch die Frequenz der Erhebungswellen. Zusätzlich berücksichtigt werden müssen die unterschiedlichen Fragestellungen zum Rauchen und die Ausschöpfungsquoten.

Im Sinne der Kontinuität werden wir an dieser Stelle weiter die DEBRA-Zahlen zur Konsumprävalenz und Rauchstoppversuchen vorstellen.

In der vierten und für 2023 letzten Ausgabe unseres Newsletters werden vier neue Publikationen etwas ausführlicher besprochen. Zunächst werden Längsschnittdaten aus mehreren Wellen des Population Assessment of Tobacco and Health (PATH zur Erfassung von Merkmalen dauerhaft rauchender Personen) vorgestellt. Dann folgt eine Untersuchung einer niederländischen Arbeitsgruppe zu der Frage, ob verschiedene Vermittlungsmodi unter realen Versorgungsbedingungen zu unterschiedlichen Erfolgsraten führen und welche weiteren Einflussfaktoren hierbei bedeutsam sind. Die dritte vorgestellte Publikation schließlich hatte zum Ziel, die Wirksamkeit der Rückmeldung von Spirometrie-Ergebnissen für Kurzinterventionen zur Tabakentwöhnung zu ermitteln. Und zum Schluss werden Ergebnisse eines Audits aus dem Vereinigten Königreich vorgestellt, bei dem untersucht wurde, inwieweit die nationalen Standards für die Behandlung tabakabhängiger Raucher in Kliniken umgesetzt werden und ob Fortschritte gegenüber früheren Audits erzielt wurden.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine besinnliche Weihnachtszeit und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2024,

Ihr Redaktionsteam  
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: München, 19.–23.2.2024; Berlin: 25.–29.3.2024. Verkürzte Schulung: Frankfurt, 18.–20.3.2024. Schulung für Klinik-Zertifikat: Frankfurt, 2.–4.2.2024. 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. Termine: 21.–22.3.2024 im Rahmen der Tübinger Suchttherapietage. Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen. Information und Anmeldung: Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen, Tel.: 07071/2 98 23 13, Fax: 07071/29 53 84 oder [sucht@med.uni-tuebingen.de](mailto:sucht@med.uni-tuebingen.de)

### Kongresse/Tagungen

#### National

- 25. Frühjahrs-Tagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. in Kooperation mit der Sektion Suchtforschung Universitätsklinikum Tübingen am Mittwoch, 13.3.2024 von 13 bis 17 Uhr in Frankfurt

Programm und Anmeldung demnächst unter <https://www.wat-ev.de>

- 28. Tübinger Suchttherapietage vom 20.–22.3.2024

Veranstalter: Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik, Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung, E-Mail: [info@tuebingen-suchttherapietage.de](mailto:info@tuebingen-suchttherapietage.de); <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/veranstaltungskalender/veranstaltung/3025>

#### International

- Die nächste SRNT-Gesamtkonferenz vom 20.–23.3.2024 wird in Edinburgh, UK, stattfinden

Updates unter [https://www.srnt.org/page/2024\\_Meeting](https://www.srnt.org/page/2024_Meeting)

## Neue Publikationen

*Plurphanswat N & Rodu B (2023)*

**Why can't smokers quit? Longitudinal study of smokers in the US using the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) waves 1 to 5**

*Addict Behav Rep 18: 100517,  
DOI: 10.1016/j.abrep.2023.100517*

#### Hintergrund

Die meisten erwachsenen Zigarettenrauchenden haben im Laufe ihrer Rauchkarriere oftmals erfolglos versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Obwohl sie klar bekunden, dass sie aufhören wollen und ernsthafte Versuche mit und ohne evidenzbasierte Unterstützung unternehmen, fällt es vielen schwer, mit dem Rauchen aufzuhören. Dass das Maß der Tabakabhängigkeit dabei eine wichtige Rolle spielt, ist bekannt. In der vorliegenden Publikation wurden Teilnehmende an der Population Assessment of Tobacco and Health (PATH)-Studie über fünf Wellen (2013–2019) beobachtet und dabei Rauch- und Aufhörverhalten sowie andere Merkmale verglichen, die dauerhaft Rauchende von denjenigen unterscheiden, die im Laufe der Erhebungswellen aufgehört hatten und rauchfrei geblieben waren.

#### Methode

Die PATH-Studie wurde in Zusammenarbeit von den National Institutes of Health, dem National Institute on Drug Abuse und dem U.S. Food and Drug Administration Center for Tobacco Products durchgeführt. Die erste Welle aus den Jahren 2013 bis 2014 umfasste 32 320 Befragte im Alter von 18 Jahren und älter. Etwa 82 % dieser Befragten nahmen an Welle 2 teil, noch 73 % an Welle 3 und 66 % an Welle 4; etwa 59 % (N = 18 925) haben an allen 5 Wellen teilgenommen. Die hier berücksichtigte Stichprobe beschränkt sich auf diejenigen Teilnehmenden mit kompletten demografischen Angaben aus

Welle 1, die in allen Wellen ihren Rauchstatus bzw. die Nutzung von elektronischen Zigaretten (ENDS) angegeben hatten (N = 17 155).

Folgende Definitionen von „Rauchen“ wurden verwendet: Nie-Rauchende (N) hatten in ihrem Leben keine 100 Zigaretten geraucht; aktuell Rauchende (C) hatten mindestens 100 Zigaretten im Leben geraucht und rauchten zum Zeitpunkt der Erhebung täglich oder an manchen Tagen; ehemalige Rauchende (F) hatten mindestens 100 Zigaretten geraucht und rauchten zum Zeitpunkt der Befragung nicht. Der Längsschnittcharakter der PATH-Studie ermöglichte es, verschiedene Muster von Rauchenden zu unterscheiden.

In Welle 1 gab es 8 517 N, 5 856 C und 2 782 F. Von den C aus Welle 1 blieben 3 980 (68 %) C in allen fünf Wellen (CCCC). 289 der C aus Welle 1 wurden F in Welle 2 und blieben F bis Welle 5 (CFFFF), 226 wurden in Welle 3 zu F und blieben es bis Welle 5 (CFFFF), 211 wurden in Welle 4 F und blieben es (CCCF) und 458 schließlich waren erst zu Welle 5 rauchfrei geworden (CCCCF). Für die folgenden Analysen blieben Welle 1-C unberücksichtigt, die unregelmäßig zwischen C und F wechselten (n = 692). Die endgültige Stichprobe umfasste noch 5 164 Personen.

Auch die Nutzung von elektronischen Zigaretten (ENDS) wurde erfasst; unterschieden wurde zwischen Befragten, die die Produkte nie benutzt hatten, aktuell Nutzenden, die zum Zeitpunkt der Umfrage ENDS jeden Tag oder an einigen Tagen benutzten und frühere Nutzende, die ENDS jemals regelmäßig oder gelegentlich und bei der jeweiligen Welle nicht mehr benutzten. Tabakabhängigkeit wurde mittels der Heaviness of Smoking (HSI)-Skala gemessen.

C, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal versucht hatten, vollständig mit dem Rauchen aufzuhören, wurden nach der Dauer der passageren Abstinenz gefragt (1 Tag oder weniger, eine Woche, 1–4 Wochen und ein Monat oder länger). Auch die Art der Entwöhnungshilfen beim letzten Versuch wurde erfasst und wie folgt gruppiert:

- (1) keine – es wurde kein Hilfsmittel verwendet;
- (2) ENDS;
- (3) Medikamente – Nikotinersatztherapie (NET) und verschreibungspflichtige Medikamente (Rx);
- (4) nur ENDS und Medikamente; und
- (5) andere, wie Familie und Freunde, Beratung oder Selbsthilfematerial, außer ENDS und Medikamente.

## Ergebnisse

### *Rauchverhalten:*

Beim Vergleich des Rauchverhaltens zwischen CCCCC und Aufhörenden in späteren Wellen zeigt sich, dass CCCCC in allen Wellen häufiger täglich rauchten; die größten Unterschiede gab es bei denjenigen, die in Welle 2 zu dauerhaften F wurden. In Welle 1 waren 87 % der CCCCC tägliche Raucher, verglichen mit 52 % der CFFFF. Zusätzlich gaben CCCCC auch einen stärkeren Konsum an: In Welle 1 konsumierten 11 % der CCCCC 21 oder mehr Zigaretten täglich, und 66 % rauchten die erste Zigarette innerhalb von 30 min nach dem Aufwachen, verglichen mit 3,6 % bzw. 43 % der CFFFF.

Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich ENDS-Nutzung zwischen CCCCC und anderen Gruppen. Der aktuelle ENDS-Konsum war unter CCCCC in allen Wellen relativ stabil (8–12 %), wohingegen der frühere ENDS-Konsum von Welle 1 mit 3 % auf 19 % in Welle 5 stieg; viele C haben ENDS also ausprobiert oder kurzzeitig verwendet, nutzen sie aber nicht dauerhaft. In drei Gruppen (CCCCF, CCFFF und CFFFF) war ein deutlicher Anstieg des aktuellen ENDS-Konsums in der Welle zu verzeichnen, in der sie zu Fs wurden. Alle Gruppen der ehemals Rauchenden (Fs) hatten ebenfalls einen Anstieg des früheren ENDS-Konsums in den nachfolgenden Wellen. Zum Beispiel waren nur etwa 11 % der CCCCC in Welle 4 ENDS-Nutzende, verglichen mit 23 %, nachdem sie in Welle 5 mit dem Rauchen aufgehört hatten.

Unter den gelegentlich oder täglich ENDS-Nutzenden hatten CCCCC statistisch signifikant niedrigere Anteile an täglichem ENDS-Konsum im Vergleich zu anderen C-Gruppen in allen Wellen außer CFFFF in Welle 1. Unter allen F-Gruppen gab es einen signifikanten Anstieg des täglichen ENDS-Konsums zwischen der letzten Welle als C und der ersten Welle als F. Zum Beispiel stieg bei CFFFF unter den ENDS-Nutzenden der Anteil der täglichen Konsumenten von 32 % in Welle 1 auf 77 % in Welle 2.

### *Ausstiegverhalten:*

Im Allgemeinen gaben Rauchende, die in der folgenden Welle mit dem Rauchen aufhörten, im Vergleich zu CCCCC signifikant häufiger an, dass sie in den vorangegangenen 12 Monaten versucht hatten aufzuhören. In Welle 1 zum Beispiel gaben 19 % der CCCCC an, dass sie versucht hatten aufzuhören, verglichen mit 30 % der CFFFF. Von denjenigen, die versuchten, mit dem Rauchen aufzuhören, hatten im Vergleich zu CCCCC diejenigen, die in der nächsten Welle aufhörten, in allen Wellen einen höheren Prozentsatz passagerer Abstinenz über einen Monat und einen geringeren Anteil passagerer Abstinenz für lediglich einen Tag oder weniger: Zum Beispiel hatten in Welle 2 22 % der CCCCC einen Monat oder länger aufgehört, verglichen mit 42 % der CFFFF, während 13 % der CCCCC lediglich einen Tag oder weniger rauchfrei waren, verglichen mit 2 % der CFFFF.

Allerdings gaben über alle 5 Wellen 16–22 % der CCCCC an, dass sie beim letzten Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, für mindestens einen Monat rauchfrei bleiben konnten. Unter CCCCC kam es zu einem Rückgang der Verwendung von ENDS nach Welle 2, was mit einem starken Anstieg der Nichtverwendung von Entwöhnungshilfen insgesamt einherging. Zum Beispiel fiel die Verwendung von ENDS unter CCCCC von 19 % in Welle 2 auf 5 % in den nachfolgenden Wellen, während die Nichtverwendung von Entwöhnungshilfen von 36 % in Welle 2 auf 41–44 % in den späteren Wellen anstieg. In ähnlicher Weise ging die Nutzung von ENDS von Welle 2 auf Welle 3 bei den CCCCC von 27 % auf 6 % und bei den CCCCC von 18 % auf 3 % zurück.

Etwa die Hälfte der CCCCC hatte in allen Wellen ein hohes Interesse am Ausstieg bekundet, was ein deutlich niedrigerer Anteil war als bei denjenigen, die in der nächsten Welle tatsächlich aufhörten (57–67 %). Auf die Frage, ob sie planten, für immer aufzuhören, antwortete ein hoher Prozentsatz aller Gruppen mit „ja“. Allerdings planten die CCCCC diesen endgültigen

Ausstieg deutlich seltener „innerhalb von 6 Monaten“ (38 % der CCCCC gegenüber 56 % der CFFFF in Welle 1). Auch die Zuversicht, es schaffen zu können, war unter den CCCCC seltener vorhanden als bei den Aufhörwilligen, die es bei der nächsten Welle auch geschafft hatten (z.B. 31 % gegenüber 60 % in Welle 1).

## Diskussion

Diese PATH-Längsschnittstudie ermöglichte es, 5 856 aktuell Rauchende der PATH-Welle 1 zu identifizieren, von denen 68 % bis zur Welle 5 fortgesetzt rauchten. Der Anteil der täglich Rauchenden war in allen Wellen stabil (85–87 %), wohingegen Rauchende, die im Laufe der Erhebungen aufgehört hatten, signifikant weniger häufig täglich geraucht hatten. Das Längsschnittdesign von PATH ermöglichte es, viele Merkmale des Rauchens und des Aufhörens zu erfassen, die in Querschnitterhebungen nicht erfasst werden können. Zum Beispiel meldeten CCCCC in allen Wellen einen höheren durchschnittlichen Tageskonsum als andere Gruppen (z.B. 16,3 Zigaretten pro Tag im Vergleich zu 8,9 Zigaretten pro Tag in Welle 1 bei CFFFF). Im Vergleich zu anderen Gruppen gaben CCCCC in allen Wellen auch statistisch signifikant häufiger an, die erste Zigarette innerhalb von 30 Minuten zu rauchen (> 60 %).

Im Allgemeinen war der aktuelle Gebrauch von ENDS in allen Gruppen über alle Wellen ähnlich, was zu gemischten Ergebnissen führte. Die Anteile der alltäglichen ENDS-Konsumenten unter den dauerhaften Rauchern waren über fünf Wellen relativ stabil, und diese Gruppe meldete wachsende Anteile einer ehemaligen ENDS-Nutzung. Bei denjenigen, die mit dem Rauchen aufgehört hatten, war der aktuelle Konsum von ENDS in der Welle höher, in der sie zu Ex-Rauchenden wurden, und Rauchende, die in der nächsten Welle aufhörten, tendierten dazu, häufiger jeden Tag ENDS zu konsumieren. Diese Zusammenhänge wurden auch in anderen PATH-Auswertungen gefunden; manchen Rauchenden haben ENDS geholfen, mit dem Rauchen aufzuhören. Während ENDS zwar Gegenstand aktueller Debatten sind, spielen sie aber offenbar weder eine bedeutsame Rolle bei der Fortsetzung des Rauchens noch beim Aufhören.

Bei den CCCCC fand sich der niedrigste Anteil an Versuchen, komplett aufzuhören oder den Konsum zu reduzieren, und in



allen Wellen der höchste Prozentsatz derjenigen, die nicht versuchen, aufzuhören.

Eine große Mehrheit aller Rauchenden gab an, keine Hilfsmittel verwendet zu haben (was oft als „kalter Entzug“ bezeichnet wird), was auch aus anderen US-Studien bestätigt wird. Unterschiede in der Verwendung von Hilfsmitteln zur Tabakentwöhnung zwischen den unterschiedlichen Gruppen wurden nicht festgestellt.

Mehr als 30 % der CCCCC verwendeten rezeptfreie NET und/oder verschreibungspflichtige Medikamente; diese Prozentsätze waren deutlich höher als bei anderen Gruppen. Es ist möglich, dass diese Medikamente nicht ausreichend wirksam waren, weil sie nicht in der richtigen Dosis oder über einen angemessenen Zeitraum eingenommen wurden.

Die CCCCC in dieser Studie waren stark abhängig und berichteten viele unerwünschte Symptome bei Abstinenzversuchen. Sie benötigen vermutlich zusätzliche Unterstützung, um besser mit ihren Symptomen fertig zu werden.

Es scheint hartnäckige, verhärtete Rauchende zu geben, die nicht auf konventionelle Ansätze ansprechen, einschließlich des kalten Entzugs oder der Verwendung von NRT, E-Zigaretten oder anderer Hilfsmittel. Nicht alle Rauchenden reagieren positiv auf die in den USA durchgeführten Kampagnen und Maßnahmen, die ihnen helfen sollen, mit dem Rauchen aufzuhören, was bei der Kommunikationsstrategie von künftigen Ausstiegskampagnen mitberücksichtigt werden sollte.

*Poole NL, Candel M, Willemsen MC & van den Brand FA (2023)*

### **Real-life effectiveness of smoking cessation delivery modes: a comparison against telephone counselling and the role of individual characteristics and health conditions in quit success**

*Nicotine Tob Res: ntad195, DOI: 10.1093/ntr/ntad195*

#### Hintergrund

Professionelle verhaltenstherapeutische Beratung zur Tabakentwöhnung kann in vielen Formen angeboten werden, wobei die unterschiedlichen Behandlungsformen möglicherweise nicht bei allen Betroffenen gleichermaßen gut funktionieren. Das Ziel dieses Papers war es, unter realen Versorgungsbedingungen zu untersuchen, ob verschiedene Vermittlungsmodi zu unterschiedlichen Erfolgsraten führen und inwieweit dabei der Behandlungserfolg je nach Geschlecht, Alter, Bildungsniveau und der Behandlung einer Begleiterkrankung variiert.

#### Methode

Die Datenerhebung fand zwischen September 2018 und Januar 2022 in den Niederlanden statt. Teilnehmende wurden nicht randomisiert in eine Behandlungsgruppe eingeteilt, sondern hatten sich selbst für eine von sieben Vermittlungsmodi entschieden. Die Vermittlungsmodi waren Telefonberatung, Gruppenkurse (online oder persönlich), Gruppenkurse in

Betrieben (online oder persönlich) und individuelle Beratung (online oder persönlich). Online-Gruppenberatung wurde im Jahr 2020 als Reaktion auf die COVID-19-Pandemie eingeführt.

Das Beratungsangebot („Rookvrij! Ook jij?“ oder „Rauchfrei! Du auch?“) ist national als evidenzbasierte Intervention anerkannt. Der Inhalt basiert auf nationalen Leitlinien und verwendet das I-Change-Modell als theoretischen Hintergrund. Die Inhalte in den verschiedenen Modi sind weitgehend gleich, aber die Häufigkeit und Dauer unterscheiden sich zwischen den verschiedenen Vermittlungsarten (von 6-mal ca. 20 Minuten bei der Telefonberatung und der individuellen online-Beratung bis 7-mal 90 Minuten bei den Gruppenkursen).

Nach einer zweiwöchigen Vorbereitungszeit unternehmen die Teilnehmenden einen Ausstiegsversuch. Danach erhalten sie einen weiteren Monat lang Unterstützung. Zu den behandelten Themen gehören Vorteile des Rauchstopps, Umgang mit Entzugserscheinungen und Verlangen nach einer Zigarette, Motivation, Umgang mit schwierigen Situationen und Umgang mit Gewichtszunahme. Zwischen den vereinbarten Terminen sind Kontakte per E-Mail oder Telefon möglich. Online-Videogespräche werden über Microsoft Teams geführt. Bei den gruppenbasierten Angeboten werden die Teilnehmenden in Gruppen von maximal 20 Personen eingeteilt, wobei die durchschnittliche Gruppengröße bei 9 Personen liegt.

Vor der Teilnahme an der Tabakentwöhnungsmaßnahme wurden demografische und rauchanamnestische Merkmale der Teilnehmenden erhoben sowie das Vorhandensein behandlungsbedürftiger gesundheitlicher Beeinträchtigungen (fünf Kategorien: Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, psychische Erkrankungen und Atemwegserkrankungen) erhoben. Rauchabstinenz wurden auf Grundlage von Selbstauskunft der behandelnden Fachkräfte erhoben; die 12-Monats-Nachbefragung erfolgte telefonisch.

Als abhängige Variablen wurden der Behandlungserfolg nach der Beratung und nach 12 Monaten definiert; primärer Endpunkt war der Entwöhnungserfolg nach 12 Monaten. Wer aktuell nicht und seit dem Rauchstopftermin maximal 5 Zigaretten geraucht hatte, wurde als anhaltend abstinent gewertet. Die unabhängige Variable waren die sieben unterschiedlichen Vermittlungsmodi.

## Ergebnisse

Teilnehmende, die die Beratung vor der dritten Sitzung (= Ausstiegstermin) abbrachen, wurden nicht in die Analyse aufgenommen. Studienabbrecher waren signifikant häufiger 15–39 Jahre und seltener 55 Jahre und älter, hatten einen niedrigeren Bildungsstand und rauchten häufiger mehr als 30 Zigaretten pro Tag. Von den Teilnehmenden, die mindestens bis zur dritten Sitzung teilgenommen haben, konnten 17,5 % für das 12-Monats-Follow-up nicht kontaktiert werden; diese wurden als „nicht abstinent“ gewertet.

Die Gesamtstichprobe umfasste 52,3 % Frauen, und etwa 47 % waren 55 Jahre oder älter. 42,2 % hatten ein niedriges Bildungsniveau; 43,1 % gaben an, 11 bis 20 Zigaretten pro Tag zu rauchen. Da keine Randomisierung vorgenommen worden

war, unterschied sich die Verteilung der Merkmale Geschlecht, Alter, Bildungsniveau und durchschnittliche Anzahl der pro Tag gerauchten Zigaretten signifikant für die meisten Vermittlungsmodi im Vergleich zur telefonischen Beratung. Die Zahl der Teilnehmenden war bei den online-Gruppenkursen in Betrieben am kleinsten (N = 186) und bei der Telefonberatung am größten (N = 5 436).

Der Entwöhnungserfolg unmittelbar nach der Beratung variierte von 63,3 % für Telefonberatung bis 82,9 % für betriebliche Online-Gruppenberatung. Signifikante Unterschiede wurden zwischen telefonischer Beratung und persönlicher Gruppenberatung (OR 1,25, KI 1,08–1,44) und zwischen Telefonberatung und betrieblicher Online-Gruppenberatung (OR 1,63, KI 1,18–2,24) ermittelt.

Die Abstinenzrate 12 Monate nach der Beratung lag zwischen 26,5 % und 35,3 %; es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Telefonberatung und den anderen Vermittlungsmodi mehr gefunden. Allerdings waren die Konfidenzintervalle für drei der Vergleiche recht weit (Telefonberatung vs. persönliche Gruppenberatung, telefonische Beratung vs. betriebliche Online-Gruppenberatung und telefonische Beratung vs. Online-Gruppenberatung).

Teilnehmende mit Komorbidität hatten teilweise schlechtere Erfolgschancen: Bei Patienten mit Atemwegserkrankung lag diese nach 12 Monaten 22,8 % niedriger (OR 0,77, KI 0,68–0,88,  $p < 0,001$ ); bei Patienten, die wegen einer psychischen Störung behandelt wurden, war sie 37,4 % niedriger (OR 0,63, KI 0,54–0,72,  $p < 0,001$ ).

Männer profitierten stärker von der persönlichen Gruppenberatung und waren in diesem Modus Frauen überlegen (OR 1,23, KI 1,08–1,40). Bei vier Vermittlungsmodi wurden Bildungsunterschiede in Bezug auf die 12-monatige Abstinenz festgestellt: Teilnehmende mit niedrigerem Bildungsniveau hatten im Vergleich zu solchen mit hohem Bildungsniveau eine geringere Erfolgswahrscheinlichkeit bei persönlicher Gruppenberatung, persönlicher Einzelberatung und Telefonberatung (jeweils  $p < 0,001$ ). Für individuelle Online-Beratung und Telefonberatung hatten auch Personen mit mittlerem Bildungsniveau geringere Erfolgsaussichten als solche mit einem höheren Bildungsniveau ( $p < 0,001$  bzw.  $p = 0,002$ ).

## Diskussion

Beim Vergleich verschiedener Vermittlungsformen verhaltenstherapeutischer Tabakentwöhnung haben zwei gruppenbasierte Beratungsformen (persönliche allgemeine Gruppenberatung und betriebliche Online-Gruppenberatung) unmittelbar nach der Beratung höhere Erfolgsquoten erzielt als telefonische Beratung. Diese Unterschiede waren nach 12 Monaten jedoch nicht mehr vorhanden, was darauf hindeutet, dass auf lange Sicht die verschiedenen Vermittlungsformen zu vergleichbaren Ergebnissen führen, wenn diese von den Teilnehmenden selbst ausgewählt werden. Diese Ergebnisse deuten darüber hinaus darauf hin, dass Beratungsformen mit Distanz (telefonisch oder online vermittelt) vergleichbare Erfolgsquoten erzielen können wie persönliche Beratung vor Ort. Dies kann für Personen mit eingeschränkter Mobilität

oder eingeschränkter Zugänglichkeit zu persönlich vermittelten Angeboten von besonderer Bedeutung sein. Es wurde auch festgestellt, dass diejenigen, die wegen einer Atemwegserkrankung oder psychischer Komorbidität behandelt wurden, nach 12 Monaten geringere Aufhorraten hatten. Diese Zusammenhänge sind aus früheren Studien bekannt. Bei diesen Zielgruppen braucht es zusätzliche und/oder maßgeschneiderte Angebote zur Unterstützung, die auch Bedenken über eine Verschlechterung der psychischen und körperlichen Gesundheit im Zusammenhang mit dem Aufhören thematisiert. Weniger gebildete und jüngere Teilnehmende brachen das Programm häufiger ab, was darauf hindeutet, dass für diese Gruppen möglicherweise eine individuellere Beratung erforderlich ist.

*Martin-Lujan F, Santigosa-Ayala A, Palleja-Millan M, Rey-Renonesca C, Villalobos F, Sola R & the researchers of the RESET study (2023)*

### **Effectiveness of the spirometry-based motivational intervention to quit smoking: RESET randomised trial**

*Eur J Gen Pract 29: 2276764,  
DOI: 10.1080/13814788.2023.2276764*

## Hintergrund

Die Wirksamkeit der Rückmeldung von Spirometrie-Ergebnissen zur Tabakentwöhnung ist nach derzeitigem Stand der Forschung nicht eindeutig geklärt. In dieser Arbeit sollte die Wirkung einer motivierenden Intervention auf der Grundlage von Spirometrie-Ergebnissen auf die Rauchabstinenz 12 Monate nach der Intervention untersucht werden.

## Methode

Die RESET-Studie (REsults, Spirometry, Effectiveness and Tobacco) ist eine randomisierte, kontrollierte, verblindete, multizentrische klinische Studie, die in der Primärversorgung bei Rauchenden ohne Atemwegserkrankung von Januar 2012 bis Dezember 2015 in 20 Zentren der medizinischen Grundversorgung in der Provinz Tarragona, Spanien, durchgeführt wurde. Probanden, die die Einschluss-/Ausschlusskriterien erfüllten und der Studie zustimmten, erhielten ein Einladungsschreiben, eine Einverständniserklärung und ein Informationsblatt mit einer ausführlichen Erläuterung der Studie. Nach Unterzeichnung der Einverständniserklärung wurde randomisiert und im Verhältnis 1:1 entweder der Interventionsgruppe (IG) oder der Kontrollgruppe (CG) zugewiesen.

Bei der Aufnahmeuntersuchung (V1) wurden die folgenden Informationen erhoben: klinische und demografische Daten, Rauchgewohnheiten, Stadium der Veränderung nach dem

Modell von Prochaska und DiClemente sowie frühere Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören. Alle Teilnehmenden erhielten eine Gesundheitsaufklärung und Kurzberatung nach der 5A-Strategie, die von ihrem behandelnden Arzt durchgeführt wurde. Zusätzlich wurde bei allen IG-Teilnehmenden eine Spirometrie durch ausgewähltes Pflegepersonal durchgeführt. Teilnehmende erhielten standardisierte Informationen über ihre Spirometrie-Ergebnisse im Rahmen eines persönlichen Kontakts, der etwa 15 Minuten dauerte und in dem der Inhalt des Berichts ausführlich erläutert wurde.

Wenn die Spirometrie-Werte im Normalbereich lagen, wurden die Teilnehmenden entsprechend informiert, dass sich die Lungenfunktion noch nicht verschlechtert hat und dass dies ein günstiger Zeitpunkt wäre, um mit dem Rauchen aufzuhören. Wenn die Spirometrie-Werte auf eine Atemwegsobstruktion hinweisen (Einsekundenkapazität FEV<sub>1</sub>/FVC < 70 %), wurde dahingehend aufgeklärt, dass eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung vorliegen könnte, die durch das Rauchen verursacht wird, und dass die wichtigste Maßnahme darin besteht, das Rauchen aufzugeben. Bei Spirometrie-Werten FEV<sub>1</sub>/FVC < 80 % (Atemwegsverengung) wurde zur beeinträchtigten Lungenfunktion informiert und angeraten, mit den durchgeführten Lungentests fortzufahren.

In Anlehnung an die Empfehlungen der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) wurde als primärer Endpunkt die langfristige Abstinenz nach 12 Monaten ermittelt und zweistufig biochemisch verifiziert. Der sekundäre Endpunkt war die verlängerte Abstinenz nach sechs und neun Monaten sowie die Punktabstinenz nach 12 Monaten. Bei allen Patienten, die angaben, mit dem Rauchen aufgehört zu haben, wurde eine CO-Messung in der Ausatemluft durchgeführt. Wenn der CO-Wert unter 10 ppm lag, wurde zusätzlich eine Cotininmessung im Urin vorgenommen, wobei Werte < 100 ng/ml als abstinent galten.

## Ergebnisse

Es wurden 614 Teilnehmende randomisiert: 308 in die IG und 306 in die CG. Bei Studienbeginn wurde ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen bei der Verteilung der Veränderungsstadien von Prochaska und DiClemente festgestellt: In der IG war der Anteil der Teilnehmenden im der Precontemplation-Stadium niedriger und in dem Preparation-Stadium höher ( $p=0,03$ ). In der IG wiesen 19,8 % eine gewisse Beeinträchtigung der Lungenfunktion bei der Spirometrie auf. Am Ende der Studie konnten lediglich 5,4 % der Teilnehmenden nicht nachverfolgt werden. Die Analyse folgte dem Intention-to-treat-Prinzip und schloss daher alle randomisierten Teilnehmenden ein.

Die anhaltende und biochemisch verifizierte Abstinenz nach 12 Monaten betrug 7,8 % in der IG gegenüber 2,6 % in der CG

(adjustiertes OR 2,84, KI 1,18–7,65). In der IG wurden keine Unterschiede in der Langzeitabstinenz zwischen Patienten mit normalen Spirometriewerten und solchen mit veränderten Spirometriewerten festgestellt (8,3 % vs. 9,8 %;  $p=0,899$ ).

Während der gesamten Nachbeobachtungszeit (sechs bis 12 Monate) war die bereinigte anhaltende Abstinenz bei der IG signifikant höher. Die in multivariaten Regressionsanalysen ermittelten Faktoren, die die Abstinenzwahrscheinlichkeit nach 12 Monaten unabhängig voneinander beeinflussten, waren die Intervention (Hazard Ratio HR 2,74, KI 1,13–6,62) und ein fortgeschrittenes Stadium der Veränderung (Vorbereitung oder Aktion) nach dem Stadienmodell (HR 2,55; KI 1,07–6,09).

## Diskussion

Die Ergebnisse der aktuellen Studie bestätigen, dass zusätzliche Informationen über Spirometrieergebnisse bei einer Kurzintervention zur Tabakentwöhnung die Wahrscheinlichkeit eines Rauchstopps signifikant erhöhen und langfristig aufrechterhalten. Diese Ergebnisse liefern damit zusätzliche Erkenntnisse über die Wirksamkeit von auf Spirometrie basierenden Tabakentwöhnungsstrategien in der Primärversorgung.

Die Randomisierung gewährleistete die Vergleichbarkeit der meisten Variablen, obwohl statistisch signifikante Unterschiede in der Verteilung der Veränderungsstadien nach dem Modell von Prochaska und DiClemente beobachtet wurden. In der Tat wurden in den Regressionsanalysen beide Variablen – Studiengruppe und Stadium der Veränderung, also aktuellere Änderungsbereitschaft – als die einzigen Faktoren identifiziert, die mit einer längeren Abstinenz in Verbindung stehen.

Diese Studie untersuchte ausschließlich Rauchende ohne vorherige Atemwegserkrankungen. Daher können die Ergebnisse nicht auf Personen mit bekannten Atemwegserkrankungen verallgemeinert werden, die möglicherweise eine andere Motivationslage haben und eine größere Herausforderung für die Behandlung darstellen (siehe auch die oben vorgestellte Studie von Poole et al.).

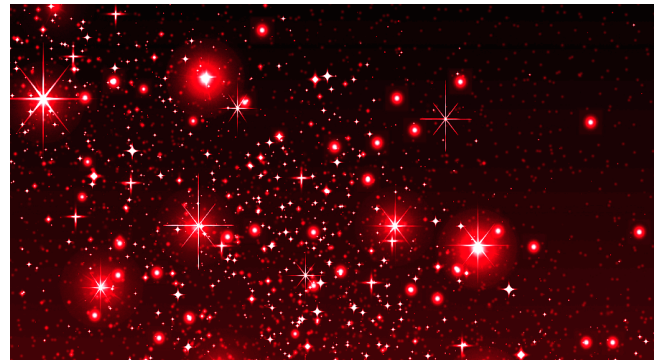
*Devani N, Mangera Z, Smith H, Gates J, Woodhouse A, Fullerton D, Ponnuswamy A & Evison M (2023)*

### **‘The dark before the dawn’: the 2021 British Thoracic Society Audit of the treatment of tobacco dependency in acute trusts**

*BMJ Open Respir Res 10: e001532,  
DOI: 10.1136/bmjresp-2022-001532*

## Hintergrund

Tabakkonsum trägt jedes Jahr direkt zu über 500 000 Krankenhauseinweisungen in Großbritannien bei, weshalb Krankenhäuser ein wichtiges Setting sind, um die Behandlung der Tabakabhängigkeit zu optimieren. Das dritte British Thoracic Society (BTS) Tobacco Dependency Audit wurde durchgeführt, um festzustellen, inwieweit die nationalen Standards



für die Behandlung tabakabhängiger Rauchender umgesetzt werden und ob Fortschritte gegenüber früheren Audits erzielt wurden.

## Methode

Im Rahmen des nationalen BTS-Audit zur Tabakabhängigkeit 2021 wurden Akutkrankenhäuser im gesamten Großbritannien aufgefordert, 100 zufällig ausgewählte Fallnotizen (Patientenakten) erwachsener Patienten, die im Zeitraum Juli bis August 2021 aufgenommen wurden, zur Prüfung vorzulegen. Grundlegende demografische Daten, Dokumentation des Konsums von Tabak und nikotinhaltigen Produkten wie E-Zigaretten und jede Aufzeichnung einer evidenzbasierten Intervention zur Tabakentwöhnung wurden erfasst.

## Ergebnisse

Der Median für Alter lag bei 67 Jahren; 50 % der Patienten waren weiblich und die meisten wurden als Notfall aufgenommen (80 %). In 79 % der Fälle wurde der Rauchstatus dokumentiert (verglichen mit 77 % im Jahr 2019 und 73 % im Jahr 2016), und von diesen waren 21 % aktuell Rauchende (im Vergleich zu 24 % im Jahr 2019 und 25 % im Jahr 2016). Ähnlich wie bei früheren Audits war die Prävalenz des Rauchens bei männlichen Patienten höher (23 % vs. 19 %). Mit 36 % am höchsten lag die Prävalenz bei den 26- bis 35-Jährigen und bei Patienten, die mit Atemwegserkrankungen eingeliefert wurden (23 %).

Die Dokumentation des E-Zigarettenkonsums wurde für das hier vorgestellte Audit neu aufgenommen; dieses Kriterium war nur in 6 % der Aufzeichnungen zu finden. 16 % der dazu befragten Patienten berichteten über den aktuellen Gebrauch von E-Zigaretten.

45 % der 2397 rauchenden Patienten wurde eine sehr kurze Beratung (very brief advice, VBA) angeboten und 40 % akzeptierten eine anschließende Überweisung an einen Tabakentwöhnungsdienst. In früheren Audits wurde anstelle des Angebots einer VBA untersucht, ob Patienten gefragt wurden, ob sie mit dem Rauchen aufhören möchten. Im Jahr 2019 war dies bei 44 % der rauchenden Patienten der Fall, im Jahr 2016 nur bei 28 %. Lediglich 24 % (2019) bzw. 27 % (2016) hatten damals einer anschließenden Überweisung an einen Tabakentwöhnungsdienst zugestimmt. Weniger als 10 % werden vor Ort von einer spezialisierten Fachkraft bezüglich Tabakabhängigkeit behandelt.

Pharmakotherapie wurde 32 % der in Frage kommenden Patienten angeboten, im Vergleich zu 31 % im Jahr 2019 und 4 % im Jahr 2016, aber nur 5 % wurde die vom National Institute for Health and Care Excellence NICE empfohlene kombinierte Nikotinersatztherapie (NET) oder Vareniclin verschrieben.

14 % Prozent bekamen eine Mono-NET verordnet, und weniger als einem Prozent wurde ein E-Zigaretten-Kit zur Verwendung angeboten. Nur 10 % der Patienten, die rauchten, wurden mit einer zugelassenen Pharmakotherapie entlassen, 3 % nahmen nach der Entlassung an einer Nachbetreuung und weniger als 1 % (22/2 397) war nach 4 Wochen noch abstinent.

36 % der Krankenhäuser konnten rauchenden Patienten Zugang zu einer Fachperson für Tabakentwöhnung während des stationären Aufenthaltes ermöglichen (verglichen mit 49 % im Jahr 2019 und 35 % im Jahr 2016).

Regelungen für ein rauchfreies Umfeld werden weiterhin nur unzureichend durchgesetzt; nur 9 % der Einrichtungen sind in der Lage, auf dem gesamten Krankenhausgelände ein Rauchverbot durchzusetzen (verglichen mit 14 % im Jahr 2019 und 7 % im Jahr 2016). 30% Prozent der Einrichtungen erlaubten den E-Zigarettenkonsum auf dem Krankenhausgelände, acht Prozent in speziell ausgewiesenen Bereichen. In den meisten Fällen wurde den klinischen Leitungen der jeweiligen Tabakentwöhnungsdienste in ihrem Stellenplan keine Zeit zur Durchführung dieser Arbeit zugewiesen.

## Diskussion

Trotz der klaren Empfehlungen des NICE, allen Patienten Zugang zu wirksamen Interventionen zu ermöglichen, die auch über den stationären Aufenthalt hinaus reichen und einen validierten CO-Test nach 4 Wochen beinhaltet, offenbart diese dritte BTS-Prüfung erhebliche Mängel in der Umsetzung. Die Autoren sprechen gar von einer „catastrophic non-compliance with these recommendations“. Im Vergleich zu den Prüfungen von 2019 und 2016 wurden nur geringe Fortschritte erzielt. Angesichts der ungenügenden Versorgung (nur 5 % Patienten erhalten eine bestmögliche Pharmakotherapie, nur 10 % werden vor Ort von einer Fachkraft behandelt und nur 3 % nehmen an der Nachsorge nach der Entlassung teil) ist es nicht überraschend, dass es keine Hinweise auf eine langfristige Tabakabstinenz nach der Einweisung in die Akutversorgung im Vereinigten Königreich gibt.

Im Rahmen der drei nationalen BTS-Audits (2016, 2019 und 2021) wurden Daten von insgesamt 7 641 rauchenden Patienten erfasst. Extrapoliert man diese Zahl auf die gesamte Zeitspanne 2016–2021 würde man etwa auf 90 000 Rauchende kommen, die in diesem Zeitraum ins Krankenhaus eingeliefert werden. Unter Verwendung der relativen Risikoreduktionen

von Wiedereinweisungen nach dem Ottawa-Modell für Tabakentwöhnung (Ottawa Model for Smoking Cessation, OMSC) lässt sich der potenzielle Nutzen abschätzen, der durch die Bereitstellung umfassender Angebote zur Behandlung der Tabakabhängigkeit während dieses Zeitraums hätte erzielt werden können: etwa 10 000 Wieder-Einweisungen hätten vermieden und etwa 50 000 Bettentage eingespart werden können, was geschätzten Einsparungen zwischen neun und 38 Millionen Pfund entspricht. Diese Schätzungen beruhen auf dem Rückgang der Wiedereinweisungen um 38,4–26,7 %, wie im OMSC berichtet wird. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es dringend notwendig ist, die unzureichenden Unterstützungsangebote für tabakabhängige Patienten in den Akutversorgungseinrichtungen zu adressieren und sicherzustellen, dass die bei dieser Prüfung aufgedeckten Mängel die Dunkelheit vor der Dämmerung darstellen und bei künftigen Ergebnissen nicht mehr vorkommen.

Diese Ergebnisse sind sehr überraschend angesichts der Position Großbritanniens auf der „Tobacco Control Scale“, wo es immer ganz oben liegt, insbesondere auch in der Kategorie „Treatment“, in der in 2021 9 von 10 möglichen Punkten erreicht wurden.

