



Rauchfrei

Bereich Psychologie

Kurt Gilhofer
Klinischer Psychologe



1



ZIELE?

- ▶ Was müsste heute passieren, damit Sie am Ende sagen: „Na gut, dafür hat es sich tatsächlich gelohnt, zur Raucherberatung zu kommen?“
(=Was möchten Sie durch diese Raucherberatung hauptsächlich erfahren oder erreichen?)
- ▶ Überblick:
- ▶ 10 Fragen
- ▶ 10 + 1 Studien
- ▶ 10 Statistiken
- ▶ 10 Behandlungen

2

ICEBREAKER: Studie: Suchtpotential

Wölfinger
GESUNDHEIT • KUR • NATURHEIL KUNDE

- ▶ Untersucht wurde, wie wahrscheinlich es ist, dass Menschen nach dem Konsum einer Substanz im Laufe ihres Lebens eine Abhängigkeit von dieser Substanz entwickeln.
- ▶ 1. Nikotin - 67,5 %
- ▶ 2. Alkohol - 22,7%
- ▶ 3. Kokain - 20,9%
- ▶ 4. Cannabis - 8,9%
- ▶ Originalstudie: Lopez-Quintero C, Pérez de los Cobos J, Hasin DS, et al. (2011). *Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)*. *Drug and Alcohol Dependence*, 115(1-2), 120-130.

3

Fragen über Fragen 2-4

Wölfinger
GESUNDHEIT • KUR • NATURHEIL KUNDE

- ▶ 2. Wenn Ihre Zigaretten heute Abend eine Anwesenheitsliste führen müssten: Wie viele hätten sich eingetragen?“ (=Wie viele Zigaretten bzw. Nikotinprodukte konsumieren Sie derzeit durchschnittlich pro Tag?)
- ▶ 3. Sie und das Rauchen - eher eine kurze Bekanntschaft oder inzwischen eine ziemlich lange Beziehung, bei der man sich fragen darf, ob eine Trennung nicht längst überfällig wäre?“ (=Wie lange rauchen bzw. konsumieren Sie bereits regelmäßig Nikotin?)
- ▶ 4. Wie oft haben Sie Ihrer Zigarette schon gesagt: „Das war jetzt wirklich die Letzte!“ - und sie hat Sie am nächsten Tag trotzdem wieder besucht?“ (=Wie viele ernsthafte Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören, haben Sie bisher unternommen?)

4

Fragen über Fragen 5-7

Wölfinger

GESUNDHEIT • KUR • NATURHEIL KUNDEN

- ▶ 5. Was war bisher Ihre längste Beziehungspause mit der Zigarette - ein kurzer Streit, ein längerer Urlaub voneinander oder schon beinahe die endgültige Scheidung? (*=Was war Ihre bisher längste rauchfreie Zeit?*)
- ▶ 6. „Ist die erste Zigarette am Morgen für Sie eher ein gemütliches Guten-Morgen-Ritual - oder wartet die Zigarette schon ungeduldig darauf, dass Sie endlich aufstehen?“ (*=Wie schnell nach dem Aufstehen rauchen Sie normalerweise Ihre erste Zigarette?*)
- ▶ 7. Auf einer Skala von 0 bis 10: Wie gerne würden Sie Ihrer Zigarette die Kündigung überreichen - von ‚Wir müssen reden‘ bis ‚Bitte räumen Sie noch heute Ihren Aschenbecher‘?“ (*=Wie wichtig wäre es Ihnen persönlich, mit dem Rauchen aufzuhören? Antwort: 0 = überhaupt nicht wichtig bis 10 = äußerst wichtig*)

5

Fragen über Fragen 8-10

Wölfinger

GESUNDHEIT • KUR • NATURHEIL KUNDEN

- ▶ 8. „Und wenn die Zigarette tatsächlich ihre Sachen packt: Wie sicher sind Sie, dass Sie sie nicht drei Tage später wieder anrufen und sagen: ‚Vielleicht können wir es doch noch einmal versuchen ...‘?“ (*=Wie sehr trauen Sie sich derzeit zu, tatsächlich dauerhaft mit dem Rauchen aufzuhören? Antwort: 0 = überhaupt nicht bis 10 = vollkommen*)
- ▶ 9. Wann flüstert die Zigarette besonders überzeugend: ‚Komm schon, nur wir zwei ...‘ - beim Kaffee, nach dem Essen, bei Stress oder wenn gerade überhaupt nichts los ist?“ (*=In welchen Situationen fällt Ihnen der Verzicht auf eine Zigarette am schwersten?*)
- ▶ 10. „Angenommen, morgen gäbe es keine Zigaretten mehr: Worüber würde sich zuerst jemand freuen - Ihre Lunge, Ihre Geldbörse, Ihre Nase oder Ihre Familie?“ (*=Was wäre für Sie persönlich der wichtigste Vorteil eines Rauchstopps?*)

6

Studie 1:

- ▶ **Raucher:innen verlieren im Durchschnitt mindestens 10 Lebensjahre.**
- ▶ In einer großen US-amerikanischen Kohortenstudie mit über **200.000 Erwachsenen** lag die Lebenserwartung von Raucher:innen mindestens **10 Jahre unter jener von Menschen, die nie geraucht hatten**. Wer vor dem 40. Lebensjahr aufhörte, reduzierte das durch Weiterrauchen bedingte zusätzliche Sterberisiko um etwa **90 %**.
- ▶ **Artikel:** Jha P et al. (2013). *21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States*. New England Journal of Medicine, 368, 341-350.

Studie 2:

- ▶ **Langjähriges Rauchen kann etwa jeden zweiten dauerhaften Raucher vorzeitig das Leben kosten.**
- ▶ Die berühmte British-Doctors-Study beobachtete **34.439 männliche Ärzte über 50 Jahre**. Etwa die **Hälfte der dauerhaften Raucher wurde durch das Rauchen vorzeitig getötet**. Raucher starben im Mittel rund **10 Jahre früher**.
- ▶ **Artikel:** Doll R et al. (2004). *Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors*. BMJ, 328, 1519.

Studie 3:

- ▶ Auch mit 60 Jahren lohnt sich ein Rauchstopp noch deutlich.
- ▶ Dieselbe 50-Jahres-Studie zeigte einen sehr anschaulichen Zusammenhang: Rauchstopp mit 60 Jahren $\approx$ +3 Lebensjahre, mit 50 $\approx$ +6 Jahre, mit 40 $\approx$ +9 Jahre und mit 30 $\approx$ +10 Jahre, jeweils verglichen mit Personen, die weiterrauchten.
- ▶ Artikel: Doll R et al. (2004). *Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors*. BMJ, 328, 1519.

Wölfinger

GESUNDHEIT • KUR • NATURHEIL KUNDEN

9

Studie 4:

- ▶ Eine Zigarette täglich bedeutet keineswegs nur 1/20 des Herzrisikos von 20 Zigaretten.
- ▶ Eine Meta-Analyse von 141 Kohortenstudien zeigte: Bei Männern entsprach eine Zigarette täglich bereits etwa 46 % des zusätzlichen KHK-Risikos, das mit 20 Zigaretten täglich verbunden war. Das relative KHK-Risiko betrug bei Männern 1,48 bei einer Zigarette täglich gegenüber 2,04 bei 20 Zigaretten.
- ▶ Artikel: Hackshaw A, Morris JK, Boniface S. (2018). *Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke*. BMJ, 360, j5855.

Wölfinger

GESUNDHEIT • KUR • NATURHEIL KUNDEN

10

Studie 5:

- ▶ **Passivrauchen erhöht das Risiko einer koronaren Herzerkrankung um etwa 25-30 %.**
- ▶ Eine epidemiologische Übersichtsarbeit kommt anhand von Kohorten-, Fall-Kontroll- und Meta-Analysen auf eine Erhöhung des KHK-Risikos durch Passivrauch um ungefähr **25-30 %**.
Artikel: Dunbar A, Gotsis W, Frishman W. (2013). *Second-hand tobacco smoke and cardiovascular disease risk: an epidemiological review*. Cardiology in Review, 21(2), 94-100.

11

Studie 6:

- ▶ **Rauchen ist mit einem rund 30 % höheren Demenzrisiko verbunden.**
- ▶ Eine Meta-Analyse von **37 Studien** fand für aktuell Rauchende gegenüber Nie-Rauchenden ein um **30 % erhöhtes Risiko für Demenz insgesamt** (RR 1,30). Für Alzheimer betrug das relative Risiko **1,40**, für vaskuläre Demenz **1,38**. Besonders interessant: Pro **20 täglich gerauchten Zigaretten** nahm das Demenzrisiko in dieser Analyse um etwa **34 %** zu.
- ▶ **Artikel:** Zhong G et al. (2015). *Smoking is associated with an increased risk of dementia: a meta-analysis of prospective cohort studies with investigation of potential effect modifiers*. PLoS ONE.

12

Studie 7:

- ▶ Aktuelle Raucher hatten in prospektiven Studien etwa 51 % höhere Chance auf eine erektile Dysfunktion als Nichtraucher.
- ▶ Eine systematische Übersichtsarbeit mit Meta-Analyse fand in prospektiven Kohortenstudien für aktuelle Raucher ein **OR von 1,51** gegenüber Nichtrauchern. Bei ehemaligen Rauchern lag es bei **1,29**.
- ▶ Artikel: Cao S et al. (2013). *Smoking and risk of erectile dysfunction: systematic review of observational studies with meta-analysis*. PLoS ONE.

13

Studie 8:

- ▶ Raucher haben ungefähr doppelt so häufig Wundheilungsstörungen.
- ▶ Eine große Meta-Analyse von **140 Kohortenstudien mit 479.150 Patient:innen** ergab für Raucher gegenüber Nichtrauchern ein etwa **2,07-fach erhöhtes Risiko für verzögerte Wundheilung bzw. Wunddehiszenz**. Das Risiko für Wundinfektionen war etwa **1,79-fach**, das für Nekrosen sogar **3,60-fach** erhöht.
- ▶ Artikel: Sørensen LT. (2012). *Wound healing and infection in surgery: the clinical impact of smoking and smoking cessation*. Archives of Surgery, 147(4), 373-383.

14

Studie 9:

- ▶ Nach dem Rauchstopp nehmen Menschen im ersten Jahr durchschnittlich etwa 4-5 kg zu - aber die Unterschiede sind groß.
- ▶ Eine BMJ-Meta-Analyse ermittelte nach zwölf Monaten bei abstinenten Personen eine durchschnittliche Gewichtszunahme von ungefähr 4-5 kg. Die individuelle Streuung war allerdings beträchtlich.
- ▶ Artikel: Aubin HJ et al. (2012). *Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis*. BMJ, 345, e4439.

15

Studie 10:

- ▶ Nach einem Rauchstopp verschlechtert sich die psychische Gesundheit im Durchschnitt nicht - sie verbessert sich.
- ▶ Eine große systematische Übersichtsarbeit fand bei Menschen, die das Rauchen beendet hatten, gegenüber Weiterrauchenden weniger **Angstsymptome (SMD -0,28)** und weniger **depressive Symptome (SMD -0,30)**. Auch kombinierte Angst-/Depressionssymptome verbesserten sich (SMD -0,31). Die Evidenzsicherheit unterschied sich allerdings je nach Endpunkt.
- ▶ Artikel: Taylor GMJ et al. (2021). *Smoking cessation for improving mental health*. Cochrane Database of Systematic Reviews.

16

Statistik 1-3



- ▶ 1. 20,6 % der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren rauchten 2019 täglich. Das entspricht rund 1,5 Millionen Menschen bzw. ungefähr jeder fünften Person.
Quelle: [Statistik Austria - Rauchen](#)
- ▶ 2. 23,5 % der Männer und 17,8 % der Frauen rauchten täglich. Männer lagen damit um 5,7 Prozentpunkte höher.
Quelle: [Statistik Austria - Gesundheitsbefragung 2019](#)
- ▶ 3. Täglich Rauchende konsumierten durchschnittlich 15,4 Zigaretten pro Tag. Bei den 15- bis 29-Jährigen waren es 12,9, bei den 30- bis 44-Jährigen 15,3 und bei den 45- bis 59-Jährigen 17,0 Zigaretten täglich.
Quelle: [Statistik Austria - Detailtabellen ATHIS 2019](#)

17

Statistik 4-6



- ▶ 4. Die höchste tägliche Raucherquote findet sich bei den 30- bis 44-Jährigen: 27,5 %. Es folgen die 45- bis 59-Jährigen mit 24,6 %, die 15- bis 29-Jährigen mit 21,7 % und die 60- bis 74-Jährigen mit 15,1 %.
Quelle: [Statistik Austria - Rauchen nach Alter und Geschlecht](#)
- ▶ 5. Bei den 60- bis 74-Jährigen rauchten 15,1 % täglich, während 35,2 % ehemalige tägliche Raucher:innen waren. Für ein älteres Kurpublikum ist dieser Vergleich besonders geeignet.
Quelle: [Statistik Austria - Gesundheitsbefragung 2019](#)
- ▶ 6. Die Rauchstoppquote beträgt in Österreich 57,6 %. Bei den 60- bis 74-Jährigen liegt sie bereits bei 71,3 %, bei Menschen ab 75 Jahren bei 89,1 %. Die Kennzahl bezeichnet den Anteil jener Personen, die das tägliche Rauchen aufgegeben haben.
Quelle: [Statistik Austria - Ex-Rauchen und Rauchstoppquote](#)

18

Statistik 7-10

- ▶ 7. 9,1 % der österreichischen Bevölkerung waren täglich mindestens eine Stunde Passivrauch in Innenräumen ausgesetzt. Bei Männern waren es 10,9 %, bei Frauen 7,5 %.
Quelle: [Statistik Austria - Passivrauchbelastung](#)
- ▶ 8. Bei Männern ist tägliches Rauchen seit den 1970er-Jahren stark zurückgegangen: von 38,7 % im Jahr 1972 auf 23,7 % im Jahr 2019. Das entspricht einem relativen Rückgang um rund 39 %. Bei Frauen stieg der Anteil im gleichen historischen Vergleich von 9,8 % auf 17,9 %.
Quelle: [Statistik Austria - Zeitreihe Rauchen 1972-2019](#)
- ▶ 9. In Österreich werden rund 8.500 Todesfälle pro Jahr dem Tabakrauchen einschließlich Passivrauchen zugeschrieben. Das sind ungefähr 10 % aller Todesfälle. Rechnerisch entsprechen 8.500 Todesfälle etwa 23 pro Tag.
Quelle: [Gesundheit Österreich - Epidemiologiemonitoring Tabak](#)
- ▶ 10. 2023 starben in Österreich 4.136 Menschen an Bronchialkarzinomen: 2.366 Männer und 1.770 Frauen. Weitere 2.694 Personen starben an COPD. Natürlich sind nicht sämtliche dieser Todesfälle ausschließlich durch Rauchen verursacht; die Zahlen sind daher von der Schätzung der rauchbedingten Todesfälle unter Punkt 9 zu unterscheiden.
Quelle: [Gesundheit Österreich - Tabak- und Nikotinkonsum: Zahlen und Fakten 2024](#)

19

WAS NUN?

WAS TUN ?

20

Behandlung

- ▶ Die stärkste Empfehlung besteht für die **Kombination aus Pharmakotherapie und Verhaltensunterstützung.**

- ▶ Quelle: Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. (2016). *Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016(3), CD008286. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub3.

21

Körperliche Faktoren

- ▶ Körperliche Betätigung

- ▶ Meta-Analyse zum Gehen:
- ▶ Sehr niedrige Aktivität (<3.000 Schritte) ist ein starker Risikofaktor
- ▶ Nutzen beginnt bei ca. 4000 Schritte
- ▶ Starker Zusatznutzen bei 7000-8000
- ▶ Danach weiterhin Vorteile, aber geringer

Paluch, A. E et al. (2022). Daily steps and all-cause mortality: A meta-analysis of 15 international cohorts. *The Lancet Public Health*, 7(3), e219-e228.

22

Körperliche Faktoren

Wilfinger
GESUNDHEIT • KUR • NATURHEILKUNDE

► Körperliche Betätigung

- Je mehr Sie gehen, desto weniger Herzkreislauftorblichkeit (Schrittzahl korreliert invers mit kardiovaskulärer Mortalität)
- Je mehr Sie gehen, desto weniger depressive Symptome (Schrittzahl korreliert negativ mit Depressionssymptomen)
- Positive Effekte auf Schlafqualität und Stressregulation
- Höhere Schrittzahl reduziert Risiko für Typ-2-Diabetes
- Positive Effekte auf Blutfettwerte (LDL↓, HDL↑)
- Reduktion systemischer Entzündungsmarker (z. B. CRP ↓)
- Kontinuität (täglich) ist wichtiger als sporadische Spitzen

Paluch, A. E et al. (2022).
Daily steps and all-cause mortality: A meta-analysis of 15 international cohorts. *The Lancet Public Health*, 7(3), e219–e228.

23

Körperliche Faktoren

Wilfinger
GESUNDHEIT • KUR • NATURHEILKUNDE

► Körperliche Betätigung

Tabelle 2: Altersspezifische Todesursachen 2025 (in Prozent)

Zugrundeliegende Todesursache (Grundleiden, ICD10-Code)	Alle Altersgruppen	0 Jahre	1 bis 9 Jahre	10 bis 39 Jahre	40 bis 79 Jahre	80 Jahre und älter
Alle Todesursachen (A00–Y89)	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (I00–I99)	33,4 %	1,3 %	3,4 %	7,3 %	23,0 %	41,2 %
Bösartige Neubildungen (C00–C97)	24,9 %	-	18,6 %	13,5 %	37,1 %	17,2 %
Krankheiten der Atmungsorgane (J00–J99, U05.9)	6,8 %	0,4 %	1,7 %	2,4 %	7,1 %	6,8 %
Psychische Krankheiten (F01–F99)	5,7 %	-	-	5,4 %	3,4 %	7,3 %
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	4,8 %	1,7 %	10,2 %	3,1 %	5,1 %	4,6 %
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (G00–H95)	4,1 %	1,7 %	13,6 %	3,6 %	3,6 %	4,5 %
Krankheiten der Verdauungsorgane (K00–K92)	3,7 %	-	5,1 %	4,1 %	5,1 %	2,7 %
Selbsttötung und Selbstbeschädigung (X60–X84, Y87.0)	1,5 %	-	-	19,1 %	2,4 %	0,5 %
Unfälle durch Sturz (W00–W19)	1,2 %	-	1,7 %	1,5 %	0,9 %	1,4 %
Transportmittelunfälle (V01–V99, Y85)	0,5 %	-	6,8 %	7,9 %	0,7 %	0,1 %
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)	0,2 %	30,6 %	15,3 %	2,0 %	0,3 %	0,0 %
Perinatale Affektionen (P00–P96)	0,2 %	58,3 %	-	-	-	-
Andere (alle übrigen ICD-Codes)	12,9 %	6,0 %	23,7 %	30,1 %	11,3 %	13,6 %

Q: STATISTIK AUSTRIA, Todesursachenstatistik. – Die in Klammern stehenden Codes beziehen sich auf die internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, 10. Revision Version 2013), dargestellt sind ausgewählte ICD-Gruppen. – Inklusive im Ausland verstorbene Personen mit Wohnsitz in Österreich.

24

Behandlung 1

► Vareniclin

Vareniclin vermindert Rauchverlangen und Entzugssymptome und reduziert die belohnende Wirkung von Nikotin. Die WHO empfiehlt es als medikamentöse Erstlinienbehandlung mit **hoher Evidenzsicherheit**.



Quelle: WHO (2024), *Clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults*.

25

Behandlung 2

► Kombinierte Nikotinersatztherapie (Pflaster + Kaugummi/Lutschtablette)



Ein Nikotinpflaster sorgt für einen relativ konstanten Nikotinspiegel, während Kaugummi oder Lutschtablette bei akutem Verlangen eingesetzt werden können. Die WHO empfiehlt kombinierte NRT ausdrücklich als Option; die Evidenzsicherheit wird als **moderat** eingestuft.



Quelle: WHO (2024), *Clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults*.

26

Behandlung 3

► Cytisin

Cytisin ist wie Vareniclin ein partieller Agonist an nikotinischen Acetylcholinrezeptoren. Die WHO gibt eine **starke Empfehlung** für Cytisin, bewertet die Evidenzsicherheit jedoch als moderat und weist darauf hin, dass die Verfügbarkeit international unterschiedlich ist.



Quelle: WHO (2024), *Clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults*.

Behandlung 4

► Individuelle psychologische/verhaltensorientierte Raucherentwöhnung

Hier werden beispielsweise Rauchgewohnheiten und Auslösesituationen analysiert, Bewältigungsstrategien entwickelt und Rückfallsituationen vorbereitet. Ein Cochrane-Review fand gegenüber minimaler Unterstützung eine höhere langfristige Abstinenzwahrscheinlichkeit (**RR 1,57; 95%-KI 1,40-1,77**).



Quelle: Lancaster T, Stead LF (2017). *Individual behavioural counselling for smoking cessation*. Cochrane Database Syst Rev, CD001292.

Behandlung 5

► Bupropion

Bupropion ist eine nikotinfreie pharmakologische Behandlung zur Unterstützung des Rauchstopps. Die WHO zählt es neben Vareniclin und NRT zu den **Erstlinienoptionen** und bewertet die Evidenzsicherheit als hoch.



Quelle: WHO (2024), *Clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults*.

Behandlung 6

► Nikotinersatztherapie (NRT)

Nikotinpflaster, Kaugummi, Lutschtabletten und andere NRT-Formen ermöglichen die Nikotinzufuhr ohne Tabakverbrennung. NRT gehört nach WHO zu den medikamentösen Erstlinienbehandlungen; die Evidenzsicherheit für NRT insgesamt wird als **hoch** eingestuft.



Quelle: WHO (2024), *Clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults*.

Behandlung 7

► Strukturierte Gruppenbehandlung

Gruppenprogramme kombinieren typischerweise Verhaltensänderung, Erfahrungsaustausch, Unterstützung und Vorbereitung auf Rückfallsituationen. Gegenüber reiner Selbsthilfe zeigte ein Cochrane-Review eine deutlich höhere Abstinenzwahrscheinlichkeit (**RR 1,88; 95%-KI 1,52-2,33; 13 Studien, n=4.395**). Gegenüber ähnlich intensiver Einzelberatung zeigte sich dagegen kein relevanter Unterschied.



Quelle: Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T (2017). *Group behaviour therapy programmes for smoking cessation*. Cochrane Database Syst Rev, CD001007.

Wölfinger

GESUNDHEIT • KUR • NATURHEIL KUNDEN

31

Behandlung 8

► Telefonische Raucherberatung / Quitline

Telefonische Beratung ist tatsächlich eine evidenzbasierte Behandlung. Bei Personen, die eine Quitline kontaktierten, erhöhte zusätzliche telefonische Beratung die Rauchstoppquote in Cochrane-Daten ungefähr von **7 % auf 10 %**. Bei anderen Populationen stieg sie ungefähr von **11 % auf 14 %**.

► <https://rauchfrei.at/>

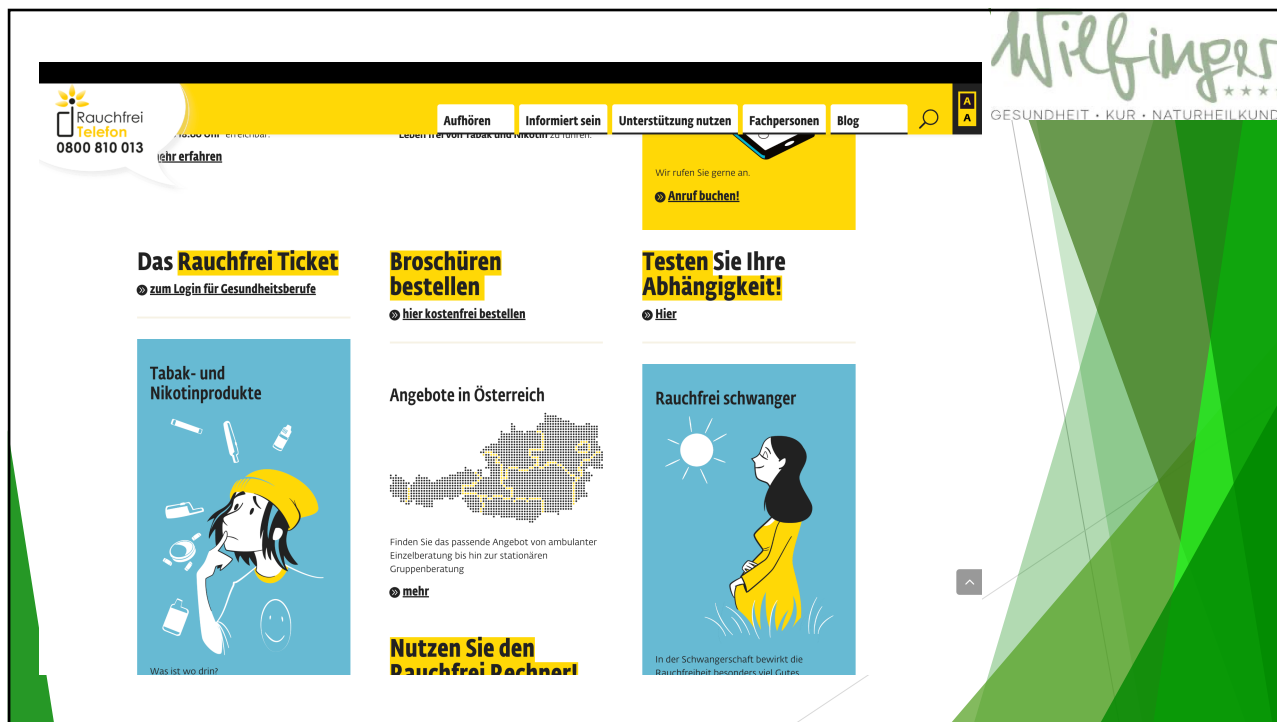


Quelle: Matkin W, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J (2019). *Telephone counselling for smoking cessation*. Cochrane Database Syst Rev, CD002850.

Wölfinger

GESUNDHEIT • KUR • NATURHEIL KUNDEN

32



33

Behandlung 9

- ▶ **Ärztliche oder psychologische Kurzintervention**
Auch sehr kurze Interventionen können sinnvoll sein. Die WHO empfiehlt, allen Tabakkonsument:innen im Gesundheitswesen routinemäßig eine kurze Beratung von **30 Sekunden bis 3 Minuten** anzubieten. Die Empfehlung ist **stark**, bei moderater Evidenzsicherheit.
- ▶ **Quelle:** WHO (2024), *Clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults*.

34

Behandlung 10

- ▶ **Digitale Raucherentwöhnung (SMS, Apps, Internetprogramme)**
- ▶ Digitale Angebote eignen sich insbesondere als Ergänzung. Die WHO bewertet die Evidenz unterschiedlich: **SMS moderate Evidenz**, Smartphone-/KI-Anwendungen niedrige Evidenz und Internetinterventionen sehr niedrige Evidenz. Ältere Cochrane-Daten zeigen beispielsweise für individuell zugeschnittene interaktive Internetprogramme einen kleinen Vorteil (RR 1,15; 95%-KI 1,01-1,30).
- ▶ **Quellen:** WHO (2024); Taylor et al., Cochrane Review zu internetbasierten Interventionen.

35

Aussicht

- ▶ In einer großen Evidenzübersicht lag die durchschnittliche Abstinenzrate nach ≥ 6 Monaten bei **15,2 % mit Pharmakotherapie + Verhaltensunterstützung**, gegenüber **8,6 %** in den Kontrollbedingungen.
- ▶ **Quelle:** Vangeli, E., Stapleton, J., Smit, E. S., Borland, R., & West, R. (2011). Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: A systematic review. *Addiction*, 106(12), 2110-2121.

36

Vielen Dank...

- ▶ ...für Ihre Aufmerksamkeit
- ▶ ...für Ihr Engagement

