

24. März 2015

Tagungshaus St. Clemens, Hannover

D O K U M E N T A T I O N

ExpertInnen-Workshop

Rauchstopp – Ernährung – Bewegung

Eine Veranstaltung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und in Kooperation mit Frauen Aktiv Contra Tabak e. V. (FACT)

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Wir bedanken uns bei den Teilnehmenden des
ExpertInnen-Workshops „Rauchstopp – Ernährung –
Bewegung“ für ihre Expertise und Impulse:

Dr. Antonie Danz,
Ernährungsexpertin

Sibylle Fleitmann,
Frauen Aktiv Contra Tabak e. V.

Joan Germann,
Project „J'arrête de fumer... Peur de grossir?“, („Ich
höre auf zu rauchen... Angst vor Gewichtzunahme?“),
Antenne des Diététiciens Genevois (ADiGe)

Prof. Dr. Christine Graf,
Deutsche Sporthochschule Köln

Prof. Dr. Reiner Hanewinkel,
IFT Nord

Alexa Kiss,
Universitätsklinikum München

Dr. Christoph Kröger,
IFT Gesundheitsförderung Gesellschaft mbH, München

Dr. Ulrike Landmann,
Duale Hochschule Baden-Württemberg, Stuttgart

Peter Lindinger,
Wissenschaftlicher Aktionskreis Tabakentwöhnung
(WAT), St. Peter

Fanny Merminod,
Project „J'arrête de fumer... Peur de grossir?“, („Ich
höre auf zu rauchen... Angst vor Gewichtzunahme?“),
Antenne des Diététiciens Genevois (ADiGe)

Jürgen Pauly,
Bundesministerium für Gesundheit

Sabine Scheifhacken,
Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser &
Gesundheitseinrichtungen DNRfK e.V.

Stephanie Schluck,
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für
Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Dr. Ute Sonntag,
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für
Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

PD Dr. Sabina Ulbricht,
Universitätsmedizinerin Greifswald, Frauen Aktiv Contra
Tabak e. V.

Iris Wurmbauer,
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

PD Dr. oec. troph. Birgit-Christiane Zyriax,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Einführung	5
Rauchstopp – Ernährung – Bewegung: Stand der Forschung	6
Stellenwert von Ernährung und Bewegung im Gruppenprogramm zur Tabakentwöhnung am Beispiel des Rauchfrei-Programmes	10
Project „j’arrête de fumer... Peur de grossir?“ ("Ich höre auf zu rauchen... Angst vor Gewichtszunahme?")	11
Baustein Bewegung	13
Körperliche Aktivität – Bewegung im Kontext Nikotinabusus und Rauchstopp	13
Baustein Ernährung	16
Welche Ernährungsberatung ist qualitätsgesichert? Welche Komponenten können mit Rauchstopp- Programmen kombiniert werden?	16
Diskussionsergebnisse	19
Rauchstopp – Ernährung – Bewegung: Ganzheitlichkeit versus Überforderung	19
Handlungsempfehlungen	20
Weitere Themen und Aspekte	21
Ausblick	23

Impressum

Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
Tel.: 0511 / 388 11 89 - 0
www.gesundheit-nds.de

mit Unterstützung der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und in Kooperation
mit Frauen Aktiv Contra Tabak e. V. (FACT)

Gefördert von der BZgA im Auftrag des BMG

Redaktion:
Sibylle Fleitmann, Dr. Sabina Ulbricht (FACT e. V.)
Stephanie Schluck, Dr. Ute Sonntag (LVG & AfS Nds. e. V.)

Druck:
Unidruck

August 2016

Vorwort

Am 24. März 2015 fand in Hannover ein Expertinnen- und Experten-Workshop zum Thema Rauchstopp – Ernährung – Bewegung statt. Der Workshop wurde von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und in Kooperation mit FACT – Frauen aktiv contra Tabak e.V. durchgeführt.

Die Angst vor einer Gewichtszunahme stellt vor allem für Frauen ein großes Hemmnis dar, mit dem Rauchen aufzuhören. Für Frauen, die einen Rauchstopp durchgeführt haben, ist die Angst vor einer Gewichtszunahme oder die tatsächlich erfolgte Gewichtszunahme ein häufiger Rückfallgrund.

Das Ziel des Workshops bestand darin, Rauchstopp, Ernährung und Bewegung zusammen zu denken und neue Wege zu finden, bestehende Rauchstopp-Angebote zu optimieren und den Rauchstopp insbesondere für Frauen zu erleichtern. Dazu ist es wichtig, Kooperationen und Erfahrungsaustausch zwischen den drei Themenbereichen zu befördern. Die bislang wenig berücksichtigte Bedeutung von Lebensstilfaktoren wie Ernährung und Bewegung bei der Tabakentwöhnung standen im Fokus des Workshops. Gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus den verschiedenen Themenbereichen wurde diskutiert, ob und wie Informationen und praktische Angebote zu Ernährung und/oder Bewegung in die Tabakentwöhnung so integriert werden können, dass Befürchtungen einer Gewichtszunahme in Zusammenhang mit einem Rauchstopp wirksam entgegen getreten werden kann.

Die Beiträge und Ergebnisse des Workshops werden in der vorliegenden Dokumentation zusammengefasst. Die Dokumentation beinhaltet auch Handlungsempfehlungen für Praktikerinnen und Praktiker und anderen Verantwortlichen in der Tabakentwöhnung, die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern im Anschluss an den Workshop gemeinsam formuliert wurden.

Wir bedanken uns herzlich bei allen Expertinnen und Experten für die engagierte Beteiligung und den produktiven Austausch!

Iris Wurmbauer /
Michaela Goecke
BZgA

Dr. Ute Sonntag
LVG & AFS

Dr. Sabina Ulbricht
FACT e. V.

Einführung

Dr. Sabina Ulbricht, Frauen Aktiv Contra Tabak e. V.

FACT e. V. – Frauen Aktiv Contra Tabak e. V. besteht seit 2006 und setzt sich seitdem konsequent dafür ein, dass die Lebensumstände von Mädchen, Frauen und deren Familien berücksichtigt werden, wenn es darum geht, die Verbreitung des Tabakrauchens einzudämmen. Das Thema Gewichtszunahme nach Rauchstopp beschäftigt die Mitglieder von FACT e. V. bereits seit einigen Jahren. FACT e. V. verfügt über weitreichende Expertise im Bereich Tabak und Tabakkontrolle. In der Diskussion um Gewichtszunahme nach Rauchstopp spielen aber auch die Themen Ernährung und Bewegung eine wichtige Rolle.

Für 50% der Raucherinnen und 26% der Raucher ist die Angst vor Gewichtszunahme ein Hindernis für einen Rauchstopp. Die Angst vor einer Gewichtszunahme hält auch nach einem Rauchstopp an und ist häufig Grund für Rückfälle (Spring et al., 2009).

Die meisten Raucherinnen und Raucher, die mit dem Rauchen aufhören, nehmen zu. Die durchschnittliche Gewichtszunahme nach einem Rauchstopp beträgt 4 bis 5 kg nach 12 Monaten. Dabei nehmen Frauen mehr an Gewicht zu als Männer. Übersichtsarbeiten zeigen, dass bei einem Rauchstopp 16% der Rauchenden abnehmen, aber 37% weniger als 5 kg, 34% hingegen zwischen 5 bis 10 kg und 13% mehr als 10 kg zunehmen (Aubin et al. 2012).

Das Ziel des Workshops war, durch innovative Kooperationen zu initiieren um neue Wege zu finden, den Rauchstopp zu unterstützen. Die bedeutende Rolle, die Ernährung und Bewegung im Entwöhnungsprozess einnehmen, gerade im Hinblick auf die besonderen Bedürfnisse und Motive von Frauen, wird in den bisherigen Konzepten der Tabakentwöhnung noch zu wenig berücksichtigt. Der von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit FACT e. V. ausgerichtete und gestaltete ExpertInnen-Workshop bringt daher Expertisen aller drei Bereiche zusammen. Es wird ausgelotet, wie die Bereiche Rauchstopp, Ernährung und Bewegung miteinander verknüpft werden können.

Literatur

Aubin HJ, Farley A, Lycett D, Lahmek P & Aveyard P. (2012) Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ*;345:e4439 doi: 10.1136/bmj.e4439

Spring B, Howe D, Berendsen M, McFadden HG, Hitchcock K, Rademaker

AW, Hitsman B. (2009) Behavioral

intervention to promote smoking cessation and prevent weight gain: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 104, 1472-1486, doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02610.x.

Rauchstopp – Ernährung – Bewegung: Stand der Forschung

Peter Lindinger, Wissenschaftlicher Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT), St. Peter

Wenn man sich vor Augen führt, dass Adipositas die zweitwichtigste, Rauchen aber die bedeutendste Ursache für Frühsterblichkeit ist (Hennekens & Andreotti 2013, Mokdad et al. 2004), mutet es besonders tragisch an, dass Rauchen häufig der Funktion der Gewichtskontrolle dient. Im Folgenden wird kurz dargestellt, wie umfangreich das Problem der Gewichtszunahme nach Rauchstopp tatsächlich ist, inwieweit individuelle Prognosen zur Gewichtsveränderung möglich sind und welche Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Interventionen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme nach Rauchstopp vorliegen.

Eine Längsschnittstudie aus Dänemark fand bei 221 erfolgreichen Aussteigern nach einem Jahr Abstinenz eine durchschnittliche Gewichtszunahme von etwas mehr als 4 kg und eine Zunahme des Bauchumfangs um fast 4 cm (Pisinger et al. 2007). Frauen nahmen etwas stärker zu. Besonders betroffen waren Teilnehmende mit einem hohen Ausgangszigarettenkonsum und einem seit der Abstinenz verringerten körperlichen Aktivitätsniveau; auch eine „ungesunde Ernährung“ nach dem Rauchstopp ging mit einem 7-fach erhöhten Risiko für eine Gewichtszunahme von mehr als 5 kg einher.

In einer anderen prospektiven Kohortenstudie über acht Jahre wurde ermittelt, dass Teilnehmende die anhaltend weiterrauchten, im Mittel 2,2 kg zunehmen, während diejenigen, die für mindestens ein Jahr rauchfrei waren und danach wieder rückfällig wurden, eine Gewichtszunahme von 3,3 kg erlitten (Lycett et al. 2010). Im Vergleich dazu betrug die Gewichtszunahme von Teilnehmenden, die im ersten Jahr weiterrauchten und später abstinent wurden, 8,3 kg. Mit 8,8 kg nur unwesentlich stärker fiel die Gewichtszunahme bei kontinuierlich Abstinenten aus. Ein wichtiger Prädiktor für die Gewichtszunahme in diesem Zeitraum war der Ausgangs-BMI: Über- und untergewichtige Personen hatten ein hohes Risiko für eine deutliche Gewichtszunahme. In Anbetracht der starken Streuung lässt sich jedoch keine individuelle Prognose ableiten: Teilnehmende mit einem Ausgangs-BMI von 22 können nach acht Jahren Abstinenz mit einer Gewichtsveränderung von - 2 bis + 10kg rechnen, solche mit einem BMI von 36 mit einem Anstieg von 5 bis 33 kg.

Eine weitere prospektive Langzeitstudie mit einem Follow-up nach fünf Jahren (Travier et al. 2011) bei über 300.000 Personen in neun europäischen Ländern kam zu dem Ergebnis, dass Männer nach dem Rauchstopp im Schnitt pro Jahr 440 Gramm mehr zunehmen als Männer, die weiterrauchen; bei den Frauen waren es 460 Gramm. Wenn diejenigen Rauchenden, die mindestens ein Jahr vor der Aufnahme in die Studienpopulation mit dem Rauchen aufgehört hatten, mit Nie-Rauchenden verglichen wurden, konnten keine bedeutsamen Unterschiede festgestellt werden. Daraus lässt sich ableiten, dass die zusätzliche Gewichtszunahme hauptsächlich in den ersten Jahren nach dem Rauchstopp zu beobachten ist und sich der BMI von langzeitabstinenten Ex-Rauchenden wieder etwa dem der Nie-Rauchenden annähert. Eine überschaubare Zunahme von weniger als einem Pfund pro Jahr sollte keine Barriere für einen Rauchstopp darstellen, die nicht durch eine gute therapeutische Beziehung und Führung und eine evidenzbasierte Behandlung überwunden werden kann.

In prospektiven Studien bislang kaum untersucht wurde, ob bei rauchenden Personen innerhalb eines bestimmten Zeitraums eine geringere Gewichtszunahme zu beobachten ist als bei nichtrauchenden Personen. In einer jüngst in dem Journal „Appetite“ veröffentlichten Studie (Stice et al. 2015) wurden 29 rauchende und etwa 300 nichtrauchende Studentinnen mit einem Durchschnittsalter von etwas mehr als 18 Jahren und einem durchschnittlichen Body-Mass-Index (BMI) von 23,7 über zwei Jahre beobachtet. Entgegen der weit verbreiteten Meinung, dass Rauchen eine wirk-

same Strategie zur Gewichtskontrolle darstelle, nahmen zu Beginn der prospektiven Studie rauchende Studentinnen stärker an Gewicht zu als nichtrauchende. Mögliche Einflussfaktoren wie Ausgangs-BMI, elterliche Adipositas und sozioökonomischer Status wurden kontrolliert. Raucherinnen nahmen in den zwei Jahren 2,9 kg, Nichtraucherinnen lediglich 0,9 kg zu. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass die Gewichtszunahme unter denjenigen jungen Frauen, die im Laufe der Follow-ups mit dem Rauchen aufgehört hatten, mit 4,8 kg größer war als bei denjenigen, die fortlaufend geraucht haben (1,4 kg). Dennoch weisen beide Gruppen (ehemals und aktuell Rauchende) eine stärkere Gewichtszunahme auf als Nichtraucherinnen. Auch wenn in Anbetracht des nicht experimentellen Designs dieser prospektiven Studie keine kausalen Schlussfolgerungen gezogen werden können, kann die weit verbreitete Meinung in Zweifel gezogen werden, dass Rauchen tatsächlich eine wirksame Strategie zur Gewichtskontrolle darstellt.

Aubin und Kollegen (2012) berechneten in einer Metaanalyse aus 62 Studien den Verlauf der Gewichtszunahme bei Teilnehmern randomisierter Kontrollgruppenstudien. Danach sind folgende Gewichtsveränderungen zu erwarten:

Nach einem Monat:	+1,12 kg (Konfidenzintervall (KI) 0,76 - 1,47)
Nach zwei Monaten:	+2,26 kg (KI 1,98 - 2,54)
Nach drei Monaten:	+2,85 kg (KI 2,42 - 3,28)
Nach sechs Monaten:	+4,23 kg (KI 3,69 - 4,77)
Nach einem Jahr:	+4,67 kg (KI 3,96 - 5,38)

Nicht alle sind von einer Gewichtszunahme betroffen. Ein nennenswerter Effekt von Nikotinersatztherapie auf eine Gewichtszunahme war in dieser Metaanalyse nicht festzustellen.

Studien haben zudem gezeigt, dass Raucherinnen und Raucher sich gegenüber nichtrauchenden Personen bezüglich ihrer Ernährungsgewohnheiten und auch Ernährungspräferenzen unterscheiden. So nehmen männliche Raucher fetthaltigere Nahrung zu sich, verglichen mit männlichen Nichtrauchern. Dieser Zusammenhang bestand bei Frauen nicht (de Castro & Taylor 2008). Rauchende Frauen nahmen tendenziell insgesamt weniger Nahrung zu sich, zudem bei einer geringen Anzahl von Mahlzeiten, verglichen mit nichtrauchenden Frauen (de Castro & Taylor 2008). Während Raucherinnen und Raucher einen erhöhten Verzehr von Kartoffeln und Schweinefleisch berichteten als nichtrauchende Personen, nahmen Letztere größere Mengen an Obst und Reis zu sich (de Castro & Taylor 2008). Diese Befunde wurden in einer weiteren Studie repliziert (Mc Clernon et al. 2007). Beide Studien zeigten einen höheren Trinkgenuss und auch Konsum von alkoholischen Getränken sowie Kaffee bei rauchenden gegenüber nichtrauchenden Befragten (de Castro & Taylor 2008, Mc Clernon et al. 2007). Anhand der Studiendaten von Mc Clernon und AutorInnen wurde außerdem gezeigt, dass Obst, Milchprodukte sowie nicht-koffeinhaltige Getränke eine negative Geschmacksempfindung beim Rauchen verursachen. Demgegenüber wird mit dem Konsum koffeinhaltiger und alkoholischer Getränke sowie dem Verzehr von Fleischprodukten ein positives Geschmacksempfindung beim Rauchen assoziiert (Mc Clernon et al. 2007). Die Cochrane-Arbeitsgruppe untersuchte für ihren Review zwei Arten von Interventionen (Farley et al. 2012): Solche, die speziell dafür entwickelt wurden, eine Gewichtszunahme nach Rauchstopp möglichst gering zu halten und solche, die als Tabakentwöhnungsstrategie entwickelt wurden, aber einen plausiblen Einfluss auf die Gewichtszunahme haben könnten wie Antidepressiva, Nikotinersatztherapie, andere pharmakologische Therapien oder körperliches Training.

Für eine Reihe von pharmakologischen Interventionen, die auf die Reduzierung der Gewichtszunahme nach Rauchstopp zielten, konnten zwar kurzfristige Effekte zum Ende der Behandlung ermittelt werden (z.B. Dexfenfluramine -2.50kg, 95% KI -2.98kg, -2.02kg; Fluoxetin -0.80kg, 95% KI -1.27kg, -0.33kg oder Naltrexon -0.76kg, 95% KI -1.51kg, -0.01kg). Die Reduktion der Gewichtszunahme konnte jedoch nach sechs bzw. 12 Monaten nicht mehr bestätigt werden.

Unter den verhaltensbezogenen Interventionen erbrachte der Ratschlag zur Gewichtskontrolle weder einen positiven Effekt zu Ende der Behandlung noch 12 Monate danach. Individualisierte Programme hingen mit einer reduzierten Gewichtszunahme bei Behandlungsende und nach 12 Monaten zusammen (-2.58kg, 95% KI -5.11kg, -0.05kg), ohne dabei die Tabak-Abstinenz negativ zu beeinflussen. Die weiten Konfidenzintervalle allerdings lassen diesen Effekt etwas unsicher erscheinen. Eine sehr kalorienarme Diät sowie Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zur Akzeptanz von Gewichtszunahme erbrachten bessere Abstinenzquoten und geringere Gewichtszunahme am Ende der Behandlung und nach 12 Monaten, wobei der Effekt der Diät nach 12 Monaten nicht mehr signifikant war. Die Gewichtsreduktion nach 12 Monaten betrug -1.30kg (95% KI -3.49kg, 0.89kg) für die kalorienarme Diät und -5.20kg (95% KI -9.28kg, -1.12kg) für die KVT.

Sowohl Bupropion (300mg/Tag) and Fluoxetin (30mg und 60mg/Tag kombiniert; hier als Antidepressivum zur Tabakentwöhnung eingesetzt) hatten einen moderat günstigen Effekt auf die Gewichtszunahme bei Behandlungsende, der bei Bupropion nach 12 Monaten auf etwa die Hälfte geschrumpft und nicht mehr signifikant war. Für körperliches Training alleine konnte keine nennenswerte Reduktion der Gewichtszunahme nachgewiesen werden.

Die Effekte von Nikotinersatztherapie insgesamt waren bei Behandlungsende zwar signifikant, wenn auch absolut gesehen mit -0.45kg eher gering (95% KI -0.70kg, -0.20kg). Zwischen den verschiedenen Nikotinersatzpräparaten konnten keine Unterschiede festgestellt werden. 12 Monate danach war der absolute Effekt vergleichbar (-0.42kg), aber nicht mehr signifikant.

Implikationen für die Praxis nach Meinung der Cochrane-Autoren:

- Tabakentwöhnung geht in der Regel mit einer Gewichtszunahme durch subkutane Fetteinlagerung einher.
- Im Durchschnitt nehmen kontinuierlich abstinenten Ex-Rauchende im Laufe eines Jahres 4-6kg zu.
- Es gibt keine empfehlenswerte pharmakologische Therapie, um die Gewichtszunahme langfristig zu verringern.
- Der Ratschlag, die Kalorienaufnahme zu reduzieren, um eine Gewichtszunahme zu verhindern, kann Abstinenz gefährden und ist unwirksam zur Gewichtskontrolle.
- Auf Einzelne zugeschnittene, verhaltenstherapeutische Programme zur Gewichtskontrolle, stark kalorienreduzierte Diät und Kognitive Verhaltenstherapie sind zur Reduktion der Gewichtszunahme in der Lage, ohne sich negativ auf die Abstinenzfolge auszuwirken. Allerdings sind zusätzliche Studien notwendig, um abzusichern, dass sich dieser Effekt bei allen Rauchenden erzielen lässt und nicht nur bei denjenigen, die wegen der drohenden Gewichtszunahme besonders besorgt sind.
- Der Langzeiteffekt aller Interventionen zur Tabakentwöhnung und Gewichtskontrolle (weniger als 1kg) ist in Relation zur Gewichtszunahme sehr bescheiden (5 kg) und nur grenzwertig klinisch relevant.

Die im Februar 2015 publizierte S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ (AWMF 2015) empfiehlt auf der Basis eines Reviews von Torchalla et al. (2012), dass „...dass geschlechtsspezifische Vorgehensweisen zur Tabakentwöhnung (z.B. Gewichtskontrolle bzw. Bewältigung von Gewichtszunahmeängsten...) ...bei Frauen angeboten werden“ können.

Für sporttherapeutische Interventionen liegen keine Wirksamkeitsnachweise vor, so dass die empirische Befundlage somit nicht die Empfehlung für begleitende Sportaktivität in der Tabakentwöhnung unterstützt. Interventionen mit begleitetem körperlichem Training liefern kurzfristig die vielversprechendsten Ergebnisse, wohingegen ein weniger intensives und begleitetes Training nicht besser wirkt als eine Kontrollbedingung. Zudem bleibe die Übertragbarkeit auf Settings außerhalb kontrollierter Studien fraglich. Da davon auszugehen ist, dass regelmäßiges körperliches Training immer bedeutende gesundheitliche Vorteile hat und keine negativen Auswirkungen auf Abstinenz zu befürchten seien, erscheine der Einschluss dieser Komponenten in Gesundheitsprogramme gerechtfertigt. Zur Kognitiven Verhaltenstherapie zur Verminderung der Bedenken bezüglich Gewichtszunahme liegen vielversprechende, aber gemischte Resultate vor, so dass unklar bleibt, inwieweit dieser Ansatz eine akzeptable Alternative für diejenigen sein könnte, die kein regelmäßiges körperliches Training ausüben können oder wollen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Gewichtszunahme nach dem Rauchstopp zu erwarten ist, diese aber begrenzt werden kann, ohne dass diese Begrenzung mit einer Abstinenzgefährdung einhergeht. Die Behandlung von Ängsten bezüglich einer Gewichtszunahme sollte bei entsprechendem Bedarf in einer Tabakentwöhnungsbehandlung integriert sein. Die Bedeutung von Bewegung und körperlichem Training in diesem Zusammenhang erscheint unterforscht bzw. unterschätzt.

Literatur

Aubin HJ, Farley A, Lycett D, Lahmek P & Aveyard P. (2012) Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ*;345:e4439 doi: 10.1136/bmj.e4439

AWMF S3-Leitlinie "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums" (2015) www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf

de Castro JM1, Taylor T. (2008) Smoking status relationships with the food and fluid intakes of free-living humans. *Nutrition*. 24(2):109-19. DOI: 10.1016/j.nut.2007.10.005. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. (2012) Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 1. Art. No.: CD006219. DOI: 10.1002/14651858.CD006219.pub3.

Hennekens C, Andreotti F. (2013) Leading avoidable cause of premature deaths worldwide. Case for obesity. *The American Journal of Medicine*, 126, 97.

Lycett D, Munafò M, Johnstone E, Murphy M, Aveyard P. (2010) Associations between weight change over 8 years and baseline body mass index in a cohort of continuing and quitting smokers. *Addiction*, doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03136.

McClernon FJ, Westman EC, Rose JE, Lutz AM. (2007) The effects of foods, beverages, and other factors on cigarette palatability. *Nicotine Tob Res*. 9(4):505-10. DOI: 10.1080/14622200701243177. Mokdad A, Marks J, Stroup D, Gerberding J. (2004) Actual causes of death in the United States 2000. *Journal of the American Medical Association*, 291, 1238–1245.

Pisinger C, Jorgensen T. (2007) Waist circumference and weight following smoking cessation in a general population. The Inter99 study. *Preventive Medicine*, 44, 290–295.

Stice E, Marti CN, Rohde P, Shaw H (2015) Young woman smokers gain significantly more weight over 2-year follow-up than non-smokers. How Virginia doesn't slim. *Appetite*, 85, 155–159.

Torchalla I, Okoli CT, Bottorff JL, Qu A, Poole N, Greaves L. (2012) Smoking Cessation Programs Targeted to Women: A Systematic Review. *Women & Health*, 52:1, 32-54.

Travier N, Agudo A, May AM, Gonzalez C, Luan J, Wareham NJ, Bueno-de-Mesquita HB, van den Berg SW, Slimani N, Rinaldi S, Clavel-Chapelon F, Boutron-Ruault MC, Palli D, Sieri S, Mattiello A, Tumino R, Vineis P, Norat T, Romaguera D, Rodriguez L, Sanchez MJ, Dorronsoro M, Barricarte A, Huerta JM, Key TJ, Orfanos P, Naska A, Trichopoulou A, Rohrmann S, Kaaks R, Bergmann MM, Boeing H, Hallmans G, Johansson I, Manjer J, Lindkvist B, Jakobsen MU, Overvad K, Tjonneland A, Halkjaer J, Lund E, Braaten T, Odysseos A, Riboli E, Peeters PH. (2011) Longitudinal changes in weight in relation to smoking cessation in participants of the EPIC-PANACEA study. Preventive Medicine, doi: 10.1016/j.ypmed.2011.09.003

Stellenwert von Ernährung und Bewegung im Gruppenprogramm zur Tabakentwöhnung am Beispiel des Rauchfrei-Programmes

Dr. Christoph Kröger, IFT Gesundheitsförderung Gesellschaft mbH, München

Das „Rauchfrei-Programm“ ist ein kognitiv verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes, multimodales, manualisiertes Gruppenprogramm, das aufhörwillige Rauchende beim Rauchstopp unterstützt. Es umfasst sieben 90-minütige Kurstermine in der Gruppe und eine individuelle telefonische Beratung. Die Kursdurchführung erstreckt sich je nach Kursplanung über einen Zeitraum von drei bis sieben Wochen. Inhaltlich umfasst es Psychoedukation zum Rauchen und rauchfreien Leben, zur Ambivalenz des Rauchenden, zu Denkfehlern und Alternativen, Hilfestellungen bei der Planung des Rauchstopps, der rauchfreien Zeit danach und beim Umgang mit Rückfallgefahren.

Rauchen und Körpergewicht im Rauchfrei-Programm

Im vierten Gruppentreffen (das erste Treffen nach dem Rauchstopp) zum Thema „Umgang mit Risiken“ wird das Thema Rauchen und Körpergewicht behandelt. Die Teilnehmenden werden über den Zusammenhang von Rauchen und Körpergewicht informiert, die Gründe der häufig auftretenden Gewichtszunahme werden dargestellt, mögliche Gegenstrategien, die auch das Thema Bewegung beinhalten, werden im Rahmen eines etwa zehnmütigen Vortrags vermittelt. Das Thema Gewicht und Bewegung nimmt somit einen Umfang von weniger als 2% der gesamten Kursdauer ein (10 Minuten von insgesamt 540 Minuten).

Der geringe Stellenwert von Ernährung und Bewegung im Rauchfrei-Programm wird folgendermaßen begründet:

- Eine intensivere Behandlung des Themas (Zeit, Dauer) ist programmtechnisch nicht realisierbar, da sonst andere, für die Erreichung der Abstinenz als wichtiger erachtete Inhalte gekürzt werden müssten. Eine Verlängerung des Programms über die sieben Termine hinaus ist aus organisatorischen Gründen kaum realisierbar.
- Eine ausführliche Behandlung des Themas Gewichtszunahme würde die Teilnehmenden in der aktuellen Situation des Rauchstopps überfordern.
- Wenn das Thema Gewichtszunahme und Erlernen von Strategien dagegen einen größeren Stellenwert im Programm einnähme, würden unrealistische Erwartungen geschürt. Diese Aussage wird vor dem Hintergrund getroffen, dass es derzeit keine wirksamen Strategien gibt, die Gewichtszunahme nach einem Rauchstopp zu verhindern bzw. zu kontrollieren. Farley, Hajek und Aveyard (2012) stellen in dem Cochrane Review über Interventionen, die eine Gewichtszunahme nach dem Rauchstopp verhindern sollen folgendes Ergebnis dar: kognitive Verhaltenstherapie mit dem Ziel, einen mögliche Gewichtszunahme zu akzeptieren, verändert die Gewichtszunahme nach dem Rauchstopp nicht und verhindert möglicherweise eine langfristige Abstinenz.

- Auch erscheint es in der gegebenen Zeit nicht sinnvoll, eine Akzeptanz für eine realistisch zu erwartende größere Gewichtszunahme aufzubauen. Dies kann man nicht innerhalb von 5 Minuten anbieten. Hier müssten dysfunktionale und auch realistische Erwartungen identifiziert und widerlegt bzw. umstrukturiert werden.
- Aufgrund der Rückmeldungen der Teilnehmenden scheint das Thema für die mit dem Programm derzeit erreichte Zielgruppe nicht primär relevant zu sein. Dies bestätigt sich durch eine Befragung von 339 ehemaligen Teilnehmenden des „Rauchfrei-Programms“ ein Jahr nach Kursende. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gefragt, ob sie sich gewünscht hätten, dass das Thema Gewichtszunahme im Rauchfrei-Kurs intensiver behandelt worden wäre? Dreiviertel der Teilnehmenden wollten keine intensivere Behandlung des Themas (s. Tabelle).

Nein, hätte ich mir nicht gewünscht	78 %
Ja, hätte ich wichtig gefunden (generell, für andere)	6 %
Ja, hätte ich mir gewünscht	10 %
unentschieden/egal	5 %
Ja, habe ich vermisst	5 %

Literatur

Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. (2012) Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*.18;1 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22258966

Ofner S, Kröger CB. (2015) Das Rauchfrei-Programm – Jahresbericht 2015. www.rauchfrei-programm.de/images/Jahresbericht_2015_Zeitraum_01-12-2014.pdf

Project „j’arrête de fumer... Peur de grossir?“ (“Ich höre auf zu rauchen... Angst vor Gewichtszunahme?“)

Joan Germann, Diana Marsovszki, Fanny Merminod, Antenne des Diététiciens Genevois (ADiGe)

The prevention project „j’arrête de fumer... Peur de grossir?“ (“Ich höre auf zu rauchen... Angst vor Gewichtszunahme?“) has been created and implemented since 2008 by ADiGe. This association aims to promote healthy diet and regular physical exercise for population of Geneva in Switzerland. Our primary goals are (a) to allow that the risk of weight gain after smoking cessation is no longer a barrier and (b) to propose a complementary dimension to usual smoking cessation support offered in Western Switzerland.

The program takes place during three evenings, one per month. It is guided by a dietician. Each workshop is free but we request registration of each participant. People are free to come to one, two or three workshops, but participants are encouraged to come to the whole program. The target audience is smokers, former smokers and their family. Often the family is a real support in this process. Thematic of weight gain can be addressed before, during or after smoking cessation. Everyone has different needs. Based on the principles of therapeutic education, participants analyze their dietary behavior and work to make changes using a logbook with exercises and their personal project. Each workshop includes a theoretical part and a practical part.

Workshop 1: “Limiting post cessation weight gain »

Theoretical part includes an explanation of the main reasons of weight gain, by highlighting risk factors that we can change: choice of food and physical activity. For the practical part, participants must write down which good and bad food they eat and which physical activity they practice. They choose two bad habits that they can change and how they can do this change. We are paying attention that the personal projects are SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-related).

Workshop 2: “Food sensations”

The theoretical part includes an explanation of emotions that influence eating behavior and definitions of nibbling and food craving. For the practical part, we do exercise to help people to become conscious of their eating behavior: they must write why they eat during meals and between meals. Eventually, participants must fill in a food diary with recording their eating habits during 3 days. The diary will be the support for the next workshop.

Workshop 3: “Healthy diet for a long time”

The theoretical part includes an explanation of the food pyramid and the basis for a healthy diet. Coffee and alcohol consumption is also discussed because often they go along with cigarettes. For the practical part, the last exercise is to analyse the food record.

Between September 2012 and December 2014, 52 workshops took place. That were 17 programs. 144 people took part in this program. 75% of participants are women with a mean age of 48 years. 51% are smokers, 32% are former smokers for less than six months, 10% are former smokers for less than one year and 7% are former smokers for more than one year. Attendance was 4.7 participants per workshop for 7.7 registrations. 32% of participants took part in 2 workshops and 19% took part in the whole program.

A first evaluation is performed at the end of each workshop. It assessed whether the workshop met expectations and if participants are able to apply their personal project.

A second evaluation, post 3-6 months after the end of the workshop, assesses the smoking status, the weight gain and the acceptance of the weight gain. Survey was sent by email at 3 months, with a reminder at 4 months. We received 22 responses, corresponding to 15% of participants.

In conclusion, this project is a response to a demand of smokers

- 93% of participants are satisfied with the workshops
- 95% are able to apply new knowledge in their daily practice
- 73% think the program is useful post 3-6 months
- Acceptance of a moderate weight gain seems an important factor to increase the likelihood to stop smoking.
- It seems more useful for smokers than former smokers.
- As this is a small scale program, results and methods are not enough to conclude that the program is effective in increasing abstinence.

Körperliche Aktivität – Bewegung im Kontext Nikotinabusus und Rauchstopp

Prof. Dr. Christine Graf, Deutsche Sporthochschule Köln

Hintergrund

Der Nutzen von Bewegung ist heute in der Prävention und Rehabilitation zahlreicher chronischer Erkrankungen aus dem neurodegenerativen, kardiometabolischen, Tumor- und orthopädischen Bereich etc. gut belegt (Myers et al. 2002; Graf und Ferrari 2015). Als Marker für körperliche Aktivität kann die körperliche Leistungsfähigkeit/Fitness dienen, die sich als wichtiger Prädiktor für die kardiovaskuläre und metabolische Morbidität und Mortalität herausgestellt hat (s. Einteilung Aktivität/Inaktivität Tabelle 1). Das betrifft auch die kardiovaskulären Risikofaktoren, u.a. den Nikotinabusus. So konnten Myers et al. (2002) zeigen, dass der fitte Rauchende ein um etwa 30% gemindertem kardiovaskuläres Sterblichkeitsrisiko hat im Vergleich zu unfitten Rauchern.

Tabelle 1: Einteilung der körperlichen (In)Aktivität Classification of physical activity (mod. nach Pate et al. 1995 und Sedentary Network 2012)

- Metabolic equivalents or METs= Quotienten aus arbeitsmetabolischer Rate zu Ruherate
- Entspricht dem Multiplikationsfaktor, um den der Ruhesauerstoffverbrauch von 3,5 mlO₂/(kg Körpergewicht x Min) unter Belastung gesteigert wird.

Beispiel: Für einen 70 kg schweren Erwachsenen entspricht der Energieverbrauch von einem MET 1,2 kcal/Min.

- Leichte Tätigkeiten = <3 METS oder <4 kcal/Min bzw. weniger als 75 Watt
- Moderate Tätigkeiten = 3-6 METS oder 4-7 kcal/Min bzw. 75 bis 100 Watt bzw. 40 – 60% der VO₂max
- Intensive Tätigkeiten = > 6 METS oder >7 kcal/Min bzw. mehr als 100 Watt bzw. größer als 60% VO₂max
- „Belastungen“ unter 1,5 METS gelten als inaktiv bzw. „Sitzen“; um dies aber deutlich von Alltagsaktivitäten zu unterscheiden, ist es sinnvoller die „Sitz- oder Liegezeit“ zu nehmen

Bewegung zur Unterstützung von Rauchstopp

In einer Metaanalyse von Haasova et al. (2013) wurde in 19 Studien mit insgesamt 616 Patienten gezeigt, dass eine kurze körperliche Belastung das Verlangen bzw. die Stärke des Verlangens nach Tabakrauchen reduzieren kann. In einer Folgeanalyse zeigte sich dieser Effekt unabhängig von soziodemographischen Faktoren vor allem für moderate bis intensive Aktivität (Haasova et al. 2014). Körperliche Aktivität scheint auch eine Rolle zu spielen in der Prävention der Gewichtszunahme nach Rauchstopp (Ussher et al. 2014). Allerdings liegen auch hier nur wenige, methodisch hochwertige Langzeitstudien vor. Zusammengefasst werden die folgenden Zusammenhänge modifiziert nach Farley et al. (2012) diskutiert:

- Gesundheitlicher Nutzen (z.B. weniger Lungen-Karzinome bei aktiven Ex-Rauchern; Leitzmann et al., 2009)
- Reduziertes Verlangen

- Stärke des Verlangens nimmt ab
- Auch das Verlangen nach Süßigkeiten nimmt ab
- Möglicherweise Gewichtsstabilisierung
- Reduziert die Angst vor Gewichtszunahme
- Psychosoziale Aspekte (Steigerung des Selbstwertgefühls ...)
- Neurobiologische Effekte, u.a. Endorphinspiegel

Empfehlungen und Fazit

Konkrete Empfehlungen zu Sportarten liegen bisher nicht vor. Sicherlich muss man davon ausgehen, dass der gesundheitliche Nutzen weniger mit der (Sport-) Art und Intensität als vielmehr mit deren regelmäßigen Durchführung zusammenhängt (s. a. Tabelle 2). In der Praxis bedeutet dies, sich nach Neigungen und Wünschen der Betroffenen bzw. der Machbarkeit zu richten. Ein Einstieg erfolgt gern über Alltagsaktivitäten z.B. Schrittzähler – auch zur Reduktion der Inaktivität von Raucherinnen und Rauchern (Zabatiero et al. 2014). Ziel ist hier 10000 Schritte pro Tag zu absolvieren. Zur Unterstützung bieten sich u.a. Bewegungsformen an, die den ganzheitlichen Aspekt bzw. auch die Atmung im Fokus haben wie beispielsweise Yoga (Dai et al. 2014).

Tabelle 2: Empfehlungen der American Heart Association zur Steigerung von körperlicher Aktivität und Reduktion der Inaktivität, um das gesundheitliche und psycho-soziale Wohlbefinden zu steigern und ein „gesundes“ Körpergewicht anzustreben [Graf & Halle 2015, Redberg et al. 2009]

Ziel → Steigerung der körperlichen Fitness durch ein adäquates Ausdauertraining, kombiniert mit Stretching zu Steigerung der Flexibilität und Koordination und angemessenem Krafttraining zur Verbesserung der Muskelkraft

- Zum Einstieg kann eine Steigerung der Alltagsaktivität erfolgen, Ziel sind 10000 Schritte/Tag in der Prävention, 13000 Schritte/Tag im Kontext Übergewicht.
- Um chronischen Erkrankungen im Erwachsenenalter vorzubeugen → zusätzlich zu den gewohnten Aktivitäten mindestens 30 min in moderater Intensität in Alltag und Freizeit an den meisten Tagen der Woche aktiv werden; mindestens aber an 5 Tagen/Woche.
- Ein höherer gesundheitlicher Nutzen ergibt sich aus einer Steigerung der Dauer und/oder der Intensität.
- Zum Gewicht halten bzw. zur Prävention einer übermäßigen Gewichtszunahme empfiehlt sich die Durchführung von 60 min moderater bis intensiver körperlicher Aktivität an den meisten Tagen der Woche; mindestens aber an 5 Tagen/Woche – vorausgesetzt die Kalorienzufuhr entspricht dem -verbrauch.
- Zur Gewichtsreduktion empfiehlt sich die Durchführung von 60 bis 90 min moderater körperlicher Aktivität an den meisten Tagen der Woche; mindestens aber an 5 Tagen/Woche – vorausgesetzt die Kalorienzufuhr entspricht dem -verbrauch.
- Ggf. sollte vor Aufnahme der körperlichen Aktivität eine ärztliche Untersuchung zur Detektion möglicher Risiken erfolgen.

Literatur

Dai S, Wang F, Morrison H. (2014) Predictors of decreased physical activity level over time among adults: a longitudinal study. *Am J Prev Med.* 47(2):123-30. doi: 10.1016/j.amepre.2014.04.003.

Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. (2012) Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;1:CD006219.

Graf C, Halle M. (2015) Aktuelle Aspekte im Herzsport – von der Historie zum Status quo. *Kardiologe*; DOI: 10.1007/s12181-014-0568-x.

Haasova M, Warren FC, Ussher M, Janse Van Rensburg K, Faulkner G, Cropley M, Byron-Daniel J, Everson-Hock ES, Oh H, Taylor AH (2013) The acute effects of physical activity on cigarette cravings: systematic review and meta-analysis with individual participant data. *Addiction*; 108: 26-37.

Haasova M, Warren FC, Ussher M, Janse Van Rensburg K, Faulkner G, Cropley M, Byron-Daniel J, Everson-Hock ES, Oh H, Taylor AH. (2014) The acute effects of physical activity on cigarette cravings: exploration of potential moderators, mediators and physical activity attributes using individual participant data (IPD) meta-analyses. *Psychopharmacology (Berl)*; 231:1267-1275.

Leitzmann MF, Koebnick C, Abnet CC, Freedman ND, Park Y, Hollenbeck A, Ballard-Barbash R, Schatzkin A. (2009) Prospective study of physical activity and lung cancer by histologic type in current, former, and never smokers. *Am J Epidemiol* 2009; 169: 542-553.

Myers J, Prakash M, Froelicher V, Do D, Partington S, Atwood JE (2002) Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med*; 346:793-801.

Pate R, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, King AC, Kriska A, Leon AS, Marcus BH, Morris J, Paffenbarger Jr. RS, Patrick K, Pollock ML, Rippe JM, Sallis J, Wilmore JH. (1995) Physical activity and public health. A recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*; 273: 402-407.

Redberg RF, Benjamin EJ, Bittner V, Braun LT, Goff DC Jr, Havas S, Labarthe DR, Limacher MC, Lloyd-Jones DM, Mora S, Pearson TA, Radford MJ, Smetana GW, Spertus JA, Swegler EW (2009) American Academy of Family Physicians; American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; Preventive Cardiovascular Nurses Association. *AHA/ACCF 2009 performance measures for primary prevention of cardiovascular disease in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on performance measures (writing committee to develop performance measures for primary prevention of cardiovascular disease): developed in collaboration with the American Academy of Family Physicians; American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; and Preventive Cardiovascular Nurses Association: endorsed by the American College of Preventive Medicine, American College of Sports Medicine, and Society for Women's Health Research.* *Circulation* 2009; 120: 1296-1336.

Sedentary Behaviour Research Network. Letter to the editor: standardized use of the terms „sedentary“ and „sedentary behaviours“. *Appl Physiol Nutr Metab* 2012; 37: 540 – 542

Ussher MH, Taylor AH, Faulkner GE (2014) Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* Aug 29;8:CD002295

Zabatiero J, Kovelis D, Furlanetto KC, Mantoani LC, Proença M, Pitta F (2014) Comparison of two strategies using pedometers to counteract physical inactivity in smokers. *Nicotine Tob Res*; 16: 562-568.

Welche Ernährungsberatung ist qualitätsgesichert? Welche Komponenten können mit Rauchstopp- Programmen kombiniert werden?

PD Dr. oec. troph. B.-Chr. Zyriax, Präventive Medizin, Universitäres Herzzentrum Hamburg GmbH (UHZ),
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Raucherinnen und Raucher sind häufiger durch einen ungesünderen Lebensstil, explizit eine unausgewogene Ernährung und geringe körperliche Aktivität charakterisiert (Chiolo et al. 2008). Die Qualität der Ernährung modifiziert zudem möglicherweise bereits bei Rauchern das Risiko für Lungenkrebs und koronare Herzkrankheit erheblich (Vardavas et al. 2010). Hinzu kommt häufig vermehrter Stress, der den Appetit steigert und die Entstehung von Übergewicht und zentraler Adipositas fördert (Kuo et al. 2007). Umso wichtiger erscheint es, Raucherinnen und Rauchern in Verbindung mit Raucherentwöhnungsprogrammen eine Lebensstilberatung anzubieten. Hierdurch könnte zugleich der häufig in Verbindung mit „Rauchfrei-Programmen“ zu beobachtende Gewichtsanstieg günstig beeinflusst werden. Insbesondere für Frauen spielt der Effekt des Rauchens auf die Gewichtskontrolle eine entscheidende Rolle, wie der langjährige Erfahrungsaustausch mit gynäkologischen Praxen zeigt. Ohnehin muss bedacht werden, dass der Nutzen des Rauchverzichts, der mit einem deutlichen Gewichtsanstieg und einer Zunahme der zentralen Adipositas einhergehen kann, hinsichtlich des Risikos für kardiovaskuläre Ereignisse, Diabetes mellitus Typ 2 und verschiedene onkologische Erkrankungen limitiert ist. Übergewicht und zentrale Adipositas stellen einen erheblichen Risikofaktor für die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs dar (Calle et al. 2003).

Im Hinblick auf die Beeinflussung des Körpergewichts kommt der Ernährung eine Schlüsselfunktion zu. Der zusätzliche Verbrauch von Kalorien durch vermehrte körperliche Aktivität ist eingeschränkt. Dennoch sollten Interventionen zur Beeinflussung des Körpergewichts grundsätzlich multimodal angelegt sein. Das gilt vor allem vor dem Hintergrund, dass vermehrter Stress und körperliche Inaktivität den Erfolg der diätetischen Beratung konterkarieren können. Hinzu kommt, dass vermehrte Bewegung die Impulskontrolle beim Essen verbessert und entscheidend zur langfristigen Stabilisierung des Gewichts beiträgt (Joseph et al. 2011). Das gilt explizit für Patientinnen und Patienten, die ihre Kalorienzufuhr erheblich einschränken müssen, um abzunehmen und das neue Gewicht im Anschluss dann auch erfolgreich halten zu können. Regelmäßige Gewichtskontrolle hat sich in neueren Untersuchungen als ein wesentlicher Faktor zur langfristigen Adhärenz herauskristallisiert.

Im Vordergrund der Ernährungsempfehlungen steht die Reduktion der Energiezufuhr. Durch die Bevorzugung einer pflanzlichen, ballaststoffreichen Kost, kombiniert mit fettarmen Milchprodukten und die Reduktion des Konsums von rasch resorbierbaren Kohlenhydraten lässt sich die Kalorienaufnahme deutlich begrenzen. Demensprechend gilt die DASH-Diät (Dietary Approach to Stop Hypertension) heute weltweit als herzgesunde evidenzbasierte Ernährungsform (Blumenthal et al. 2010). Für stark übergewichtige Patientinnen und Patienten kann es in Anlehnung an die S3-Leitlinie zur Adipositas-Therapie hilfreich sein, sogenannte Mahlzeitenersatz-Programme (Formulardiäten) zu nutzen (Westenhoefer et al. 2004; S3-Leitlinie Adipositas). Diese eiweißreichen, energiereduzierten Produkte können eine oder vorübergehend zwei bis drei der täglichen Hauptmahlzeiten ersetzen. Aufgrund der ausreichenden Proteinzufuhr in Verbindung mit Sport kann dem Verlust von Muskelmasse durch Kalorienrestriktion vorgebeugt werden. Gruppenschulungen, bei Bedarf ergänzt durch Einzelberatungen, haben sich in wissenschaftlichen Untersuchungen als besonders motivierend und erfolgreich herausgestellt. Dabei spielt die Gruppengröße eine untergeordnete Rolle.

Ausschlaggebend für den Erfolg der Ernährungsberatung ist eine längerfristige Begleitung der Betroffenen in Form von offenen Programmen und die Berücksichtigung individueller Gewohnheiten. Um maßgeschneiderte persönliche Empfehlungen in der Beratung geben zu können, ist das Ausfüllen eines mindestens 3-tägigen Ernährungsprotokolls hilfreich. Dabei sollte ein Tag der Aufzeichnungen auf das Wochenende entfallen, da die Ernährungsgewohnheiten innerhalb und am Ende der Woche erheblich differieren können. Dokumentiert werden im Protokoll sollten die Uhrzeit und der Zeitrahmen, der zum Essen zur Verfügung steht. Gewichtsprobleme treten häufiger bei Schnellessern auf. Darüber hinaus sollten die Gründe für das Essen (Hunger, Stress, Frustration, Langeweile), der Ort der Mahlzeitaufnahme sowie die Art und Menge der ausgewählten Lebensmittel notiert werden. Häufig ist es hilfreich, parallel den Umfang der körperlichen Aktivität und die psychischen Befindlichkeiten notieren zu lassen. Das Ausfüllen von Ernährungsprotokollen fördert die Selbsterkenntnis und dient als Grundlage in der Beratung. Fotos vom eigenen Essen – dokumentiert per Smartphone oder Tablet – können die Protokolle ergänzen und zum Teil auch ersetzen. Anhand der Aufzeichnungen und der Zusammensetzung von Tellergerichten können einfache Empfehlungen gegeben werden.

In Abstimmung mit den Betroffenen sollen ein bis zwei verbindliche Zwischenziele formuliert werden, die auch in Form eines Rezeptes abgegeben werden können. Die Umsetzung der Ziele muss kontrolliert werden, sollte aber in Abhängigkeit von den Alltagssituationen flexibel erfolgen. Eine rigide Kontrolle des Essverhaltens in Form von Essverbote ist langfristig nicht erfolgreich, kann Essstörungen auslösen und ist nachweislich mit einem höheren Körpergewicht assoziiert (Zyriax et al. 2012). Daneben kommt der Beeinflussung des Essverhaltens durch emotionale Befindlichkeiten sowie durch Außenreize eine große Rolle im Hinblick auf die Entwicklung des Körpergewichts zu.

Typische Stolperfallen im Alltag sind die Unterschätzung der Energiezufuhr durch zuckerhaltige Getränke (Limonaden, Fruchtsäfte), Snacks und Fertiggerichte, hektisches Essen ohne Sättigungsgefühl, das Nichtkonzentrieren auf eine Mahlzeit, fehlender Genuss sowie das Auflösen von Mahlzeitenmustern, gefolgt von Snacking. Hinzu kommen Appetitstimulationen allein durch das Betrachten von Lebensmitteln sowie hormonell bedingte Hungergefühle noch Jahre nach einem erfolgreichen Gewichtsverlust (Sumithran et al. 2011). Motivierende Gesprächstechniken und eine ausreichende Rückfallprophylaxe sind hilfreich, um individuelle Hürden zu überwinden und Betroffene aus der Phase der Absichtslosigkeit in die Ebenen der Absichtsbildung und Handlung zu begleiten und den neuen Lebensstil zu stabilisieren.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Rauchfrei-Programmen sollten frühzeitig auf Angebote zur Verbesserung von Ernährung und Lebensstil hingewiesen werden – erste Elemente könnten bereits Teil der Raucherentwöhnungsprogramme sein. Derartige Maßnahmen könnten dazu beitragen, den unerwünschten Gewichtsanstieg nach der Aufgabe des Rauchens zu reduzieren und die Adhärenz zum Nikotinverzicht zu erhöhen. Explizit für Frauen würde es sich anbieten, derartige Angebote rund um die Schwangerschaft zu platzieren.

Literatur

Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A, Craighead L, Lin PH, Johnson J, Watkins LL, Wang JT, Kuhn C, Feinglos M, Hinderliter A. (2010) Effects of the dietary approaches to stop hypertension diet alone and in combination with exercise and caloric restriction on insulin sensitivity and lipids. *Hypertension*. 55:1199-205.

Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. (2003) Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N Engl J Med*. 348:1625-38.

Chiolero A, Faeh D, Paccaud F, Cornuz J. (2008) Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance. *Am J Clin Nutr*. 87:801-9.

Joseph RJ, Alonso-Alonso M, Bond DS, Pascual-Leone A, Blackburn GL. (2011) The neurocognitive connection between physical activity and eating behaviour. *Obes Rev.* 12:800-12.

Kuo LE, Kitlinska JB, Tilan JU, Li L, Baker SB, Johnson MD, Lee EW, Burnett MS, Fricke ST, Kvetnansky R, Herzog H, Zukowska Z. (2007) Neuropeptide Y acts directly in the periphery on fat tissue and mediates stress-induced obesity and metabolic syndrome. *Nat Med.* 13:803-11.

Vardavas CI, Flouris AD, Tsatsakis A, Kafatos AG, Saris WH. (2011) Does adherence to the Mediterranean diet have a protective effect against active and passive smoking? *Public Health.* 2011: 125:121-8.

Sumithran P, Prendergast LA, Delbridge E, Purcell K, Shulkes A, Kriketos A, Proietto J. (2011) Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *N Engl J Med.* 365:1597-604. S3-Leitlinie Adipositas: Prävention und Therapie der Adipositas, 2014; <http://www.awmf.org/leitlinien.html>

Westenhoefer J, von Falck B, Stellfeldt A, Fintelmann S. (2004) Behavioural correlates of successful weight reduction over 3 y. Results from the Lean Habits Study. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 28:334-5.

Zyriax BC, Wolf C, Schlüter A, Khattak AH, Westenhoefer J, Windler E. (2012) Association of cognitive dietary restraint and disinhibition with prediabetes--cross-sectional and longitudinal data of a feasibility study in German employees. *Public Health Nutr.* 15:860-7.

Rauchstopp – Ernährung – Bewegung: Ganzheitlichkeit versus Überforderung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Diskussion im Workshop zusammengefasst. Die interdisziplinäre Sichtweise der Teilnehmenden auf die Thematik eröffnete dabei die Perspektive, die drei Themenbereiche zukünftig stärker miteinander zu verknüpfen. Dies würde einer stärker ganzheitlich geprägten Sichtweise auf den Menschen und seine Lebenssituation nach einer Verhaltensänderung wie einem erfolgreichen Rauchstopp Rechnung tragen.

Die Notwendigkeit, das Thema Gewichtszunahme nach Rauchstopp aufzugreifen, wurde im Vortrag von Herrn Lindinger deutlich. Die zusammengefasste Evidenz belegt, dass eine Gewichtszunahme nach Rauchstopp zu erwarten ist, diese jedoch begrenzt werden kann. Der Vortrag von Herrn Kröger zum „Stellenwert von Ernährung und Bewegung in Gruppenprogrammen zur Tabakentwöhnung am Beispiel des Rauchfrei-Programms“ zeigte, dass der Aspekt Rauchen und Körpergewicht bislang nur eine untergeordnete Rolle in diesem Kursprogramm spielt. Es wurde diskutiert, ob es die Teilnehmenden der Kurse möglicherweise überfordert, wenn neben dem Rauchstopp die Themenbereiche Bewegung und Ernährung umfassenderen Eingang in den Gruppenkurs fänden. Dies würde sich zudem auch negativ auf den zeitlichen Umfang des Programms auswirken. Diskutiert wurde auch, wie relevant die Integration der Bereiche Bewegung und Ernährung für die Teilnehmenden am Kursprogramm sind und ob sich neue Zielgruppen für einen Rauchstopp (z.B. Raucherinnen und Raucher nach gescheiterten Aufhörversuchen) durch eine stärkere Berücksichtigung dieser Themen erschließen ließen. Es wurde vorgeschlagen, neben den bewährten Rauchfrei-Programmen, Gesundheitsförderungsprogramme mit dem Fokus „Gesunder Lebensstil – Schwerpunkte Bewegung und Ernährung“ zu implementieren. In diesen könnte, als eine Option, das Thema Rauchen zusätzlich bearbeitet werden. Dieser thematisch breitere und nicht auf das Verhalten „Rauchen“ festgelegte Ansatz führt möglicherweise dazu, dass Frauen und Männer erreicht werden, die sich bislang durch die Rauchfrei-Programme nicht angesprochen fühlen. Dies schließt nicht aus, perspektivisch erfolgversprechende Interventionstools zu Bewegung und Ernährung in Rauchfrei-Programme zu integrieren.

Die Umsetzung einer ganzheitlicheren Strategie erfordert eine Vernetzung der Expertinnen und Experten und die Kenntnis der Evidenz aus den jeweiligen Bereichen. Es wurde diskutiert, den Fokus grundsätzlich stärker auf den Nutzen von Verhaltensänderungen, z.B. beim „Rauchstopp das kurzfristig verbesserte Geschmackempfinden, freiere Atmen usw., zu legen, ohne erlebte Verluste oder subjektiv wahrgenommene Nachteile zu ignorieren“.

Die Diskussion ergab weiterhin, dass die drei Bereiche grundsätzlich stärker miteinander zu verknüpfen sind und es anzuerkennen ist, dass die Betrachtung eines Einzelverhaltens wie des Rauchstopps nicht losgelöst von anderen Lebensbereichen erfolgen kann. Übereinstimmend wurde in der Diskussion deutlich, dass Interventionen grundsätzlich einfach gestaltet und ebenso umsetzbar sein sollten. Frau Zyriax merkte an, dass Tipps für kleine Veränderungen wie beispielsweise „Esspausen“ oder die Stabilisierung kleinerer Zwischenziele im Bereich Ernährung unter Umständen mehr bewirken können als die Anforderung einer kompletten Ernährungsumstellung. Ein ähnliches eingängiges Beispiel für den Zusammenhang zwischen Bewegung und Ernährung lieferte Frau Graf: um die Energie eines Würfelzuckerstücks zu verbrauchen sind ca. 1000 Schritte notwendig. Psychologische Modelle wie das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung bieten zudem einen Rahmen, um Interventionen zu individualisieren.

Handlungsempfehlungen

Konkrete Empfehlungen für nächste Schritte

In den Workshop-Diskussionen wurde der Zusammenhang der vorgestellten Themen Rauchstopp – Ernährung – Bewegung in den Fokus gestellt. Es wurde berichtet, dass vermehrter Stress den Appetit steigert und die Entstehung von Übergewicht und zentraler Adipositas fördert. Dagegen kann der Verzehr von bestimmten Nahrungsmitteln (Obst-Gemüse-Milchprodukte) den Rauchstopp erleichtern und mindestens moderate Bewegung das Rauchverhalten reduzieren. Ein Schrittzähler kann hier Motivator sein. Im Erfolgsfall bedeutet dies einen immensen körperlichen, psychischen und emotionalen Nutzen.

Es besteht Konsens unter den Teilnehmenden, dass Rauchstopp, Ernährung und Bewegung zusammengehören. Dabei sollte die Entwicklung persönlicher Strategien im Vordergrund stehen, um die individuelle Toleranzgrenze der Raucherinnen und Raucher zu berücksichtigen.

Um eine Verbindung von Rauchentwöhnungsprogrammen und Lebensstilberatung zu fördern und weitere Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Maßnahmen hierbei sinnvoll sind, können folgende konkrete Empfehlungen aus der Diskussion abgeleitet werden:

1. Entwicklung eines Fragebogens für die Bestandsaufnahme des Lebensstils (Ernährung – Bewegung) der Teilnehmenden in einem Rauchstopp-Programm. Dieser Fragebogen sollte in Zusammenarbeit mit Ernährungs- und Bewegungsexperten erstellt werden. Grundlage dafür können bereits existierende Fragebögen in beiden Arbeitsbereichen sein. Der Fragebogen sollte in jedem Tabakentwöhnungsprogramm zur Anwendung kommen.
2. Entwicklung eines Flyers über die Möglichkeiten, durch gesunde Ernährung und maßvolle Bewegung den Rauchstoppversuch zu erleichtern. Der Flyer sollte in leicht verständlicher Sprache einfache und nachvollziehbare Faustregeln über kleine Verhaltensänderungen enthalten und zudem unterstützende Tipps und Tools auflisten.
3. Aktuell scheint es keine Möglichkeit zu geben, Lebensstilberatung in bestehende Tabakentwöhnungsprogramme zu integrieren. Daher wird empfohlen, am Beispiel des ADIGE Projektes (siehe Seite 10 ff), ein Pilotprojekt auf den Weg zu bringen, das Angebote zur Verhaltensänderung im Bereich Ernährung und Bewegung für Rauchstopp-Klientinnen und -Klienten sowie deren Familien/Freunde beinhaltet. Diese können als ergänzende oder aufbauende Angebote an Tabakentwöhnungskurse angedockt werden, aber auch als Einzelangebote in Anspruch genommen werden.

Hilfreich ist es, Rauchstopp-Angebote in Settings anzubieten, in denen Ernährung und Bewegung bereits Thema sind wie zum Beispiel in Fitnesszentren oder in der Ernährungsberatung. Ernährung und Bewegung lassen sich als Zugänge zum Thema Rauchstopp nutzen. Hierfür scheint es sinnvoll, aufsuchende Strategien zu wählen, um Raucherinnen und Raucher zu erreichen. Möglichkeiten wären unter anderem Fitnessstudios, VHS-Kochkurse zum Thema gesunde Ernährung oder über Ernährungsberatungsstellen. Trainerinnen und Trainer sowie Beratende mit Kompetenzen in der Rauchstopp-Beratung können dieses Thema dann bei Bedarf ebenfalls ansprechen.

Gut wäre es auch, einen weiteren Expertinnen- und Experten-Workshop zeitnah zu organisieren, um die Vernetzung von Ernährung, Bewegung und Rauchstopp-Angeboten voranzutreiben.

4. Auch sollten weitere Forschungsprojekte zu den Zusammenhängen von Rauchstopp, Gewichtszunahme und Bewegung initiiert und gefördert werden.

Weitere Themen und Aspekte

Im Folgenden werden Themen und Aspekte vorgestellt, die neben den oben genannten Hauptdiskussionssträngen ebenfalls zur Sprache kamen. Diese Punkte sollten bei der weiteren Beschäftigung mit dem Thema mitgedacht werden.

a) Komorbide Patientinnen und Patienten

Erfolgt eine Beratung zum Rauchstopp, sind grundsätzlich bereits bestehende Erkrankungen der zu beratenden Person mit zu bedenken und in den Beratungsprozess mit einzubeziehen. So kann sich eine Veränderung des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens und des Rauchverhaltens positiv auf den gesamten Gesundheitszustand der Person auswirken. Eine Erkrankung kann zudem eine „Tür“ zu einem Beratungsgespräch zum Ernährungs-, Bewegungs- und/ oder Rauchverhalten sein und als Zugangsweg genutzt werden, eine Verhaltensänderung einzuleiten.

b) Rückfallmanagement

Grundsätzlich sollten Strategien entwickelt werden, wie ein Rückfallmanagement für potenzielle Ex-Rauchende aussehen kann. Erste-Hilfe-Tipps und „Sicherheitsnetze“ aus den Bereichen „Ernährung“ und „Bewegung“ können Chancen sein, einen Rückfall zu verhindern und sollten hier mit genutzt werden. Bestimmte Lebensmittel und sportliche Aktivität kann Menschen helfen, die Ursachen für einen Rückfall zu bekämpfen, und eine Alternative zum Rauchen sein.

c) Lebensphase Schwangerschaft

Die Phase der Schwangerschaft stellt eine sensible und besonders zugängliche Phase im Leben einer Frau dar. Erwartet eine Frau ein Kind, ist sie häufig offener für gesundheitsförderliche Veränderungen des Lebensstils. Ein Rauchstopp oder eine Verminderung des Zigarettenkonsums kann zu dieser Zeit erfolgversprechend angesprochen werden. Kombiniert mit Aspekten der Bewegungs- und Ernährungsberatung kann auch der Angst vor zusätzlicher Gewichtszunahme durch Rauchstopp bzw. Konsumminderung begegnet werden.

d) Stressbewältigung ergänzen

Um der ganzheitlichen Perspektive auf die Thematik gerecht zu werden, darf der Einfluss von Stress auf das Thema Rauchen und Tabakkonsum nicht vernachlässigt werden. Zudem hat Stress auch einen Einfluss auf Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Es scheint somit sehr sinnvoll, Stressbewältigungsstrategien mit in die Planung von Angeboten, die alle Bereiche kombinieren, aufzunehmen. Strategien wie Achtsamkeitstrainings zeigen beispielsweise Erfolge in der Tabakentwöhnung und Stressbewältigung.

e) Behandlung einer Erkrankung versus allgemeine Gesundheitsförderung

Bei der Kombination von Ansätzen der Ernährungsberatung, Bewegungsförderung und Raucherentwöhnung sowie Planung von Maßnahmen sollte berücksichtigt werden, in welchem Kontext das Angebot stehen soll. Wird es für eine spezielle Gruppe von Menschen mit Vorerkrankungen oder akuter Gesundheitsgefährdung eingesetzt? Oder soll der allgemeine Gesundheitszustand gefördert werden, ohne dass eine akute Gefährdung vorliegt? Soll es in einem stationären Kontext (z.B. Reha-Klinik) oder in der Lebenswelt der Menschen angesiedelt sein? Die Compliance der Teilnehmenden und die Nachhaltigkeit der Maßnahme unterscheiden sich in diesen zwei Fällen erheblich. An die Zugangswege und Umsetzenden werden ebenfalls unterschiedliche Anforderungen gestellt, die es zu berücksichtigen gilt.

f) Sozial benachteiligte Gruppen

Menschen aus sozial benachteiligten Kontexten weisen höhere Raucherquoten sowie häufig auch ein ungünstigeres Ernährungs- und Bewegungsverhalten auf. Die Gründe dafür sind multifaktoriell, sehr individuell und komplex. Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention erreichen diese Gruppe mit den höchsten Bedarfen häufig jedoch nicht. Ziel einer Kombination von Programmen aus den Bereichen Ernährung, Bewegung und Rauchstopp sollte sein, bereits erfolgreiche Strategien zu bündeln und miteinander zu kombinieren. Erfolgsversprechend sind Aktivitäten, die sich am Setting-Ansatz orientieren.

g) Achtsamkeitstraining für „kritische“ Phasen (siehe auch Abschnitt „Stressbewältigung“)

Aspekte von Achtsamkeitstrainings sind bereits Bestandteil vieler gesundheitsförderlicher und präventiver Programme (z.B. in den Bereichen Stressbewältigung, Ernährung, Bewegung). Sie verbergen sich häufig hinter Trend-Namen wie „Mindfulness-Training“, „Mind-Body-Balance“ oder Konzepten wie Yoga und der Slow-Food-Bewegung. Achtsamkeit in diesem Kontext bedeutet, Signale des Körpers wahrzunehmen, zu deuten und dementsprechend zu handeln. Strategien dieses Trainings lassen sich durch stetiges Üben in den Alltag integrieren und sind somit erfolgversprechend. In „kritischen“ Phasen beim Rauchstopp können so Situationen und Gründe für ein verstärktes Verlangen nach Zigaretten identifiziert, Ursachen gefunden und mit Alternativen belegt werden. Aspekte dieses Trainings sollten somit berücksichtigt werden, wenn neue Kombinationsprogramme oder einer Zusammenarbeit verschiedener Professionen geplant werden.

h) Pilotprojekt/qualitative Studie zur individuellen Betrachtung des Phänomens

Grundsätzlich fehlt es an wissenschaftlicher Evidenz, die die drei beziehungsweise vier Bereiche Rauchstopp, Ernährung, Bewegung (und Stressbewältigung) in den Blick nimmt. Hieraus resultiert, dass es kaum Wissen um mögliche Anknüpfungspunkte und praktikable Umsetzungsstrategien gibt. Pilotprojekte und qualitative Studien können hier Aufschlüsse über Bedarfe und Bedürfnisse liefern. Bereits erfolgreich laufende Projekte aus einzelnen Bereichen sollten bekannter gemacht werden, in die Forschung einfließen und auf ihre Übertragbarkeit sowie Anschlussfähigkeit an andere Teilbereiche überprüft werden.

i) Traditionelle chinesische Medizin als unterstützendes Element

Die ganzheitliche Therapiemethoden und Lehren der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) sollten bei der Unterstützung eines Rauchstopps mitgedacht werden. Die therapeutischen Verfahren wie Arzneitherapie und Akupunktur, aber auch Bewegungsübungen wie Quigong und Taijiquan oder Elemente der Diätetik können bei Rauchstopp, aber auch bei der Ernährungsumstellung und der Veränderung des Bewegungsverhaltens unterstützen.

Ausblick

Dieser Workshop hat zum ersten Mal und auf Initiative von FACT e. V. Expertinnen und Experten aus den Bereichen Ernährung, Bewegung und Rauchstopp zusammengeführt. Dieses Dokument beinhaltet „work-in-progress“. Im Ergebnis des Workshops wurden einige Handlungsempfehlungen entwickelt. Gleichzeitig haben sich aus der Diskussion eine Reihe neuer Fragen ergeben. FACT e. V. engagiert sich, diese Diskussion mit Expertinnen und Experten weiter fortzuführen.

