

## Rauchertherapie: Konsensus in den deutschsprachigen Ländern

Michael Kunze<sup>1</sup>, Rudolf Schoberberger<sup>1</sup>, Theo Abelin<sup>2</sup>, Felix Gutzwiller<sup>3</sup>, Ulrich Keil<sup>4</sup>, Waltraut Kruse<sup>5</sup>, Heinrich Matthys<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Institut für Sozialmedizin der Universität Wien

<sup>2</sup> Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern

<sup>3</sup> Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

<sup>4</sup> Abteilung für Sozialmedizin und Epidemiologie, Ruhr-Universität Bochum

<sup>5</sup> Aachen/Waldheim

<sup>6</sup> Universitätskrankenhaus, Freiburg

Der vorliegende Konsensus zum Thema „Rauchertherapie“ hat das Ziel, das gesicherte Wissen auf diesem neuen therapeutischen Gebiet festzuschreiben. Damit sollen die Grundlagen für eine aktive Beteiligung des medizinischen Versorgungssystems an der Therapie der Nikotinabhängigkeit geschaffen werden. Es handelt sich um eine Aktivität, die im Rahmen des International Union Against Cancer (UICC) Projektes „Smoking Cessation“ durchgeführt wurde.

### Allgemeine Grundlagen

Der Bericht des US Surgeon General von 1988 weist sehr deutlich darauf hin, dass der Konsum von Tabakprodukten nicht nur eine Sache der freien persönlichen Entscheidung ist, sondern dass sehr wohl auch eine Abhängigkeit vorhanden ist, die wissenschaftlich genauso belegt werden kann, wie die Abhängigkeit von Heroin<sup>1</sup>. Zusätzlich gefährdet der Raucher auch Drittpersonen (Passivraucher, Patienten mit Asthma).

Bei der 6. Weltkonferenz zum Thema Rauchen und Gesundheit, im November 1987, bestand Konsens dahingehend, dass die Raucherentwöhnung wissenschaftlich genügend abgesichert ist, um in einem viel grösseren Umfang als bisher angeboten werden zu können. Die Rauchertherapie verfügt über eine breite Palette von Techniken und Methoden. Diese können jederzeit auf die verschiedenen Zielgruppen und organisatorischen Strukturen abgestimmt werden. Somit ist es möglich, jedem Raucher nach seinem Bedarf Hilfestellung zu leisten.

Bei der Ersten Europäischen Konferenz zum Thema Tabakpolitik, im Jahre 1988<sup>2</sup> entstand ein Entwurf für eine Charta gegen Tabakkonsum für Europa. Unter anderem wird darin klar zum Ausdruck gebracht, „Jeder Raucher hat das Recht, Unterstützung und Hilfe zu erhalten, um sich das Rauchen abzugewöhnen.“ Der Raucher hat das Recht auf Hilfe und, bei Nikotinabhängigkeit, auch auf Behandlung. Es ist Sache des Gesundheitssystems, ihm diese Hilfe zuteil werden zu lassen.

### Überblick über die Einsatzbereiche der Rauchertherapie

Rauchertherapie bzw. entsprechende Beratung von Tabakkonsumenten gehört zu den Aufgaben jedes Arztes, sowohl im intramuralen als auch im extramuralen Bereich, und es ist auch eine Form der Betreuung von Patienten, an denen das Krankenhauspflegepersonal einen wichtigen Anteil haben kann.

Rauchertherapie hat drei wesentliche Indikationsbereiche:

- Im Rahmen der Krankheitsverhütung und Gesundheitsversorgung.
- Als Teil der Therapie bei tabakassoziierten Erkrankungen.
- Als Teil der Rehabilitation nach tabakassoziierten Erkrankungen.
- Schutz der Nichtraucherpopulation.

### *Rauchertherapie durch den niedergelassenen Arzt*

Raucherentwöhnung ist am erfolgreichsten, wenn der Hausarzt sie durchführt, da die Bevölkerung es vorzieht, sich in Gesundheitsfragen vom Hausarzt beraten zu lassen. Daher sollten sich niedergelassene Ärzte mit Raucherentwöhnungstechniken vertraut machen<sup>3</sup>.

In einer repräsentativen Befragung von Ärzten im Jahre 1980 zeigte sich, dass in der Schweiz im Durchschnitt 15% der rauchenden Patienten den Rat erhielten, mit dem Rauchen aufzuhören, während es in England 33% und in Kanada 40% waren<sup>4</sup>. Ärzte, die selbst Zigaretten rauchen, neigen weniger dazu, ihren Patienten den Rat zu erteilen, mit dem Rauchen aufzuhören. Ärzte, die Pfeife oder Zigarren rauchen oder Nichtraucher sind, bemühen sich viel mehr um die Raucherentwöhnung<sup>5</sup>. Gerade die praktischen Ärzte können fast die gesamte Bevölkerung erreichen. Russell et al. konnten 1979 zeigen, dass in Grossbritannien drei Viertel der Bevölkerung im Laufe eines Jahres den „general practitioner“ (GP) aufsuchen und über einen Zeit-

raum von fünf Jahren 90% aller Menschen einen GP-Kontakt haben<sup>6</sup>. Auch für die Schweiz liegen solche Angaben vor.

### *Rauchertherapie im Krankenhaus*

Der Krankenhausaufenthalt wäre in idealer Weise dazu geeignet, Massnahmen zur Lebensstiländerung zu initiieren. Eine intramural begonnene Raucherberatung könnte nach Entlassung aus dem Krankenhaus entweder in Eigenregie, in speziellen Beratungsstellen oder beim niedergelassenen Arzt fortgesetzt werden. Weiters besteht die Möglichkeit, im Krankenhaus zusätzlich eine ambulante Betreuung vorzusehen, damit jene Patienten, die im Rahmen ihres Klinikaufenthaltes eine derartige Beratung in Anspruch genommen haben, diese auch weiterführen können.

### *Raucherentwöhnung am Arbeitsplatz*

Der Arbeitsplatz ist ein benachteiligter Bereich in bezug auf theoretische und praktische Raucherentwöhnung. Das ist überraschend, wenn man bedenkt, wie viele Gelegenheiten man hier hätte. Die Arbeitsmediziner haben oft bei ihren Interventionen nur die Sicherheit und die Verhütung von Berufskrankheiten im Auge. Zu wünschen ist, dass Arbeitsmediziner ihre Interessen auch auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Arbeiter ausdehnen. Früherkennungsmassnahmen und daraus sich ergebende Konsequenzen für eine Reduzierung der Risikofaktoren, einschliesslich Rauchen, wären effektive Interventionen am Arbeitsplatz.

### *Raucherberatungsstellen*

Raucherberatungsstellen werden nur von einem relativ kleinen Teil entwöhnungswilliger Raucher in Anspruch genommen. Die Gründe dafür sind vielfältig und lassen sich etwa folgendermaßen zusammenfassen:

- eine Raucherberatungsstelle wird nur dann aufgesucht, wenn bereits eine ausreichende Motivation zur Entwöhnung besteht; obwohl Raucher mit ihrer Gesundheit unzufrieden sind, fehlt ihnen häufig der letzte „Anstoss“, eine Tabakabstinenz ernsthaft anzustreben;
- unter Rauchern und besonders jenen Patienten, die ihre Abhängigkeit nicht zur Kenntnis nehmen wollen, besteht häufig die Einstellung, es wäre ein Zeichen der Schwäche, das Rauchen nur unter Inanspruchnahme fremder Hilfe aufgeben zu können; eine spezielle Beratungsstelle zu konsultieren wird als besonders grosse „Schwäche“ ausgelegt;

- aufgrund der grossen Zielgruppe ist es gar nicht möglich, Beratungsstellen so zu installieren, dass sie für jeden Betroffenen leicht erreichbar sind und die Öffnungszeiten den individuellen Bedürfnissen entsprechen; dies ist vor allem deshalb ein Problem, da sich gezeigt hat, dass eine einmalige Beratung meist nicht genügt, sondern nur eine längerfristige regelmässige Betreuung Erfolge bringt.

Dennoch sind Raucherberatungsstellen wichtige Einrichtungen. Über ihre direkte Klientenbetreuung hinaus dokumentieren solche, der Bevölkerung als Serviceleistung angebotene Institutionen, dass ein gesellschaftspolitisches Interesse besteht, entwöhnungswilligen Rauchern die nötige Hilfestellung anzubieten. Zusätzlich haben Raucherberatungsstellen die Aufgabe, die Erfahrungen mit Entwöhnungsmethoden zu evaluieren und nach neuen Erkenntnissen zu forschen. Sie können auch neue Formen der Raucherintervention einführen (z. B. Nichtraucher-Telefon etc.).

## **Rauchen und Abhängigkeit**

### *Pharmakologische Abhängigkeit*

„Nikotinabhängigkeit ist ein pharmakologischer Prozess und eine pharmakologisch beeinflusste Erkrankung.“ Das wurde in dem bereits zitierten Bericht des US Surgeon General<sup>1</sup> klar zum Ausdruck gebracht und es wurde darin gezeigt, dass Tabak alle Kriterien für Drogenabhängigkeit erfüllt. Dieser Bericht kam zu dem Schluss, dass Zigaretten und alle anderen Formen von Tabak abhängig machen, dass Nikotin die Droge im Tabak ist, die die Abhängigkeit hervorruft. Der pharmakologische und psychologische Prozess, der die Abhängigkeit bestimmt, ist mit dem Prozess zu vergleichen, der bei der Abhängigkeit von Heroin oder Kokain abläuft.

Kinetische Studien zeigen, dass Nikotin alle Kriterien für eine abhängigmachende Droge erfüllt. Mit dem Zigarettenrauch wird Nikotin rasch in der Lunge aufgenommen und gelangt von dort über den arteriellen Blutstrom ins Gehirn. Die Zeit bis zur Aufnahme ins Gehirn dauert nur einige Sekunden. Mit jeder Zigarette gelangen etwa 1 bis 1,5 mg Nikotin in den Organismus. Die pharmakologische Wirkung von Nikotin tritt erfahrungsgemäss schnell ein, die Intensität, mit der die Wirkung auftritt, ist abhängig von der Geschwindigkeit des Konzentrationsanstieges und von der maximalen Konzentration von Nikotin im Gehirn. Die Wirkung einer einzelnen Dosis verringert sich rasch und ist abhängig von der Verteilung des Nikotins ausserhalb des Gehirns und der Entwicklung einer Toleranz. Bei wiederholter Exposition, wie es bei Rauchern der Fall ist, baut sich über den Tag der Nikotinspiegel auf. Er fällt in der Nacht ab, ist aber

am Morgen noch immer nachweisbar. Der rasche Anstieg und der rasche Abfall des Nikotinspiegels im Gehirn verstärken den Eindruck, dass sich eine Toleranz nicht in grösserem Umfang ausbilden kann.

Modellstudien bezüglich der kardiovaskulären Effekte von Nikotin berichten, dass für die Entwicklung einer Toleranz und für die Rückbildung derselben die Zeitspanne der Halbwertszeit von 35 min zur Verfügung steht. Da sich die Toleranz durch die Nikotinwirkung während des Tages entwickelt, wird es immer wichtiger zu rauchen, um die Symptome der Nikotinabstinenz zu mildern. Wird die erste Zigarette am Tag noch mit großer Befriedigung geraucht, so sind die folgenden vielleicht weniger befriedigend, aber zur Vermeidung von Entzugserscheinungen von Nikotin notwendig.

### *Psychosoziale Abhängigkeit*

Nach den ersten, meist durch soziale Einflüsse bewirkten Rauchversuchen beginnt der junge Raucher zu erfahren, dass es bestimmte Situationen gibt, in denen ihm die Nikotinzufuhr besonders willkommen ist. Durch Gewöhnung und Konditionierung erfolgen mit der Zeit der Griff zur Zigarette und das Ritual des Anzündens immer mehr unbewusst und automatisch. Das Rauchen wird ein Teil des Selbstbildes des Rauchers, so dass er eine starke Entschlossenheit entwickeln muss, um sich wieder davon zu befreien. Die psychologische Führung des entwöhnungswilligen Rauchers besteht entsprechend darin, die Automatismen des Auftretens des Drangs und des Griffs nach der Zigarette wieder bewusst zu machen und in geeigneter Weise zu ersetzen.

### **Spezielle Aspekte der Rauchertherapie in der ärztlichen Praxis**

Weil viele Patienten, auch wenn sie beraten werden, nicht beim ersten, zweiten oder dritten Arzt-Besuch mit dem Rauchen aufhören, ist es wichtig, die in die tägliche Praxis kommenden Raucher mit einer verkürzten Form der Rauchertherapie routinemässig zu behandeln.

Wie kann man dem Patienten helfen aufzuhören?

- bei jeder Gelegenheit nach dem Rauchverhalten fragen
- „Rauchen Sie?“
- „Wieviel?“
- „Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?“
- „Wollen Sie mit dem Rauchen aufhören?“
- „Haben Sie schon einmal aufgehört?“, Wenn ja, „Was geschah?“

- *jedem Raucher soll geraten werden, aufzuhören*
- Dem Raucher soll in unmissverständlicher Weise geraten werden, z. B.: „Als Ihr Arzt muss ich ihnen raten, mit dem Rauchen aufzuhören!“
- Die Botschaft soll für den Raucher eine persönliche sein. Sie soll auf seine klinische Konstitution, seine Raucherkarriere, seine Familienanamnese, persönliche Interessen oder seine soziale Position Bezug nehmen.
- *der Patient muß beim Aufhören Beistand erhalten*
- Es soll der Tag, an dem er aufhört, festgesetzt werden. Der Patient soll innerhalb der nächsten 4 Wochen diesen Tag bestimmen und nicht gerade einen Tag wählen, der besonders von Stress gezeichnet ist (Prüfung, Vorstellungsgespräch etc.).
- Vermittlung von Material für die „Selbsthilfe“.
- Verordnung der Nikotinersatztherapie, besonders für stark abhängige Raucher (Raucher, die mehr als eine Packung pro Tag rauchen oder ihre erste Zigarette bereits 30 Minuten nach dem Aufstehen konsumieren).
- *wenn der Patient noch nicht bereit ist aufzuhören:*
- Verschaffung von motivierender Literatur.
- Der Patient soll bei der nächsten Visite wieder auf die Rauchertherapie hingewiesen werden.
- *es sollen Folgevisiten arrangiert werden*
- Der Patient soll 1–2 Wochen, nachdem er gänzlich mit dem Rauchen aufgehört hat, in die Praxis kommen, damit er weiterhin Unterstützung erhält und einem Rückfall vorgebeugt werden kann. Rückfälle kommen immer wieder vor, der Patient soll ermutigt werden und sofort wieder mit der Entwöhnung beginnen.

Glücklicherweise dienen die Ärzte als Nichtraucher Vorbild für ihre Patienten. Die Praxis soll bereits Nichtraucheratmosphäre vermitteln und als Gesprächsbasis zum Thema Rauchertherapie beitragen.

### *„Minimalintervention“ im Rahmen üblicher Patientenkonsultationen*

Selbst dann, wenn der Arzt keine Möglichkeit sieht, die Rauchertherapie anhand eines Entwöhnungsprogrammes durchzuführen, können mittels „Minimalintervention“ doch beachtliche Erfolge erzielt werden. Ein möglicher Ablauf einer Minimalintervention könnte folgende Schritte umfassen<sup>7</sup>:

Beginn der Rauchertherapie:

- Empfehlung an den Patienten, in der kommenden Woche so wenig wie möglich zu rauchen
- Broschüren verteilen, die dem Patienten als Anregung für die Entwöhnung dienen können
- Nikotinersatztherapie verordnen, die dem Patienten helfen soll, sein Vorhaben „so rasch wie möglich“ zu erreichen

- dem Patienten raten, jene Zigaretten, die noch geraucht werden, anhand eines Raucherprotokolls zu registrieren

#### Erste Kontrolle (nach einer Woche)

- gemeinsam mit dem Patienten das Raucherprotokoll analysieren
- wenn notwendig, dem Patienten empfehlen
  - den Tag X (erster rauchfreier Tag) zu fixieren
  - bis dahin versuchen, weiterhin die Anzahl der gerauchten Zigaretten zu reduzieren
  - die Nikotinsubstitution als unterstützende Maßnahme einsetzen

#### Weitere Kontrollen

- Abstinenz überprüfen
- „Ausblenden“ der Nikotinersatztherapie

#### *Umfassende Interventionen*

Welches Verfahren der Rauchertherapie man auch immer anwendet: die Bereitschaft, das Rauchen wirklich einstellen zu wollen, ist bei allen Therapieformen entscheidend.

Die Motive sind meist:

- bereits bestehende Gesundheitsstörungen
- finanzielle Gründe
- den eigenen Kindern nicht das Vorbild eines Rauchers bieten
- sportliche Gründe
- Rücksicht auf einen nichtrauchenden Partner

Eine wesentliche Aufgabe des Arztes ist es, den entwöhnungswilligen Rauchern beim Aufbau der Motivation zu helfen. Eine Möglichkeit dazu bietet das Raucherprotokoll. Dieses dient einerseits dazu zu erfahren, in welchen Situationen sehr viel geraucht wird, andererseits verhindert das Aufschreiben, Zigaretten „automatisch“ zu konsumieren. Bevor man zu rauchen beginnt, notiert man Datum, Uhrzeit und „Anlass“ des Zigarettenrauchens.

Mit dem Verzicht auf die Zigarette in ganz bestimmten Situationen lernt der entwöhnungswillige Raucher wieder, dass man diese Situationen auch ohne Zigarette meistern kann. In der ersten Phase der Entwöhnung sollten die Tagesabläufe ganz genau geplant werden, um nicht in Situationen zu gelangen, in denen erfahrungsgemäß das Rauchverlangen sehr gross ist. Sogenannte „Alternativverhaltensweisen“ müssen geübt werden. Das sind Tätigkeiten, die man ausführen kann, anstatt zu rauchen. Sie lenken einerseits vom Rauchen ab, helfen andererseits, gewisse Situationen auch ohne Zigarette zu überstehen. Unabhängig davon, ob die Rauchertherapie im Einzelgespräch oder in Form einer Gruppenberatung durchgeführt wird, ist es wichtig, sich mit bestimmten Themen auseinanderzusetzen bzw. auf Fragen der Entwöhnungswilligen entsprechend zu antworten.

#### *Nikotinsubstitution*

In der Vergangenheit scheiterten viele entwöhnungswillige Raucher daran, daß es ihnen unmöglich war, gleichzeitig die Trennung von der Rauchgewohnheit und die Entwöhnung vom Nikotin zu meistern. Der Kampf mit der Nikotinabhängigkeit machte es ihnen unmöglich, ihren Alltag und ihr Selbstbild wieder auf dasjenige des Nichtrauchers einzustellen.

Durch die Einführung der Nikotinsubstitutionstherapie ist es nun möglich geworden, die Trennung von der psychologisch bedingten Rauchgewohnheit und die Entwöhnung vom Nikotin zeitlich zu staffeln. Damit wird auch das Selbstvertrauen des Rauchers, und als Folge wiederum sein Wille gestärkt, die kritische Zeit des Entzugs durchzustehen. Stärker nikotinabhängige Raucher (z. B. gemessen anhand der Fagerström-Skala) reagieren im Vergleich zu Placebo günstiger auf die Nikotinsubstitution als weniger stark abhängige.

Kombinierte Programme – Nikotinsubstitution und Verhaltensmodifikation – sind gegenüber Interventionen mit ausschliesslicher Nikotinsubstitutions-Therapie überlegen. Wie eine Studie bei niedergelassenen Ärzten zeigt, sind derartige Programme imstande, 1-Jahres-Erfolgsquoten von über 50% zu erzielen<sup>8</sup>.

#### *Nikotinkaugummi*

In den frühen 70er Jahren wurde ein Nikotinkaugummi entwickelt. Heutzutage hat sich der Nikotinkaugummi in ungefähr 50 Ländern als Pharmakon bewährt. Der Kaugummi wurde in 20 Ländern klinischer Prüfung unterzogen mit 60 kontrollierten und unkontrollierten Studien. Es handelt sich um eine Möglichkeit der Substitution von Nikotin, welche frei von weiteren Schadstoffen ist und das Auftreten von Entzugserscheinungen, die häufig auftreten, wenn jemand zu rauchen aufhört, weitgehend vermindert.

Die pharmakologische Abhängigkeit von Nikotin ist von Raucher zu Raucher verschieden. Die Ergebnisse klinischer Studien weisen darauf hin, dass Raucher, die stärker abhängig sind als andere, auch mehr von der Nikotinersatztherapie profitieren. In sieben kontrollierten Placebostudien, in denen Nikotinabhängigkeit vorausgesetzt und in eine stärker abhängige und weniger stark abhängige Gruppe unterschieden wurde, zeigte sich, dass die Unterschiede zwischen Placebogruppe und Nikotingroup in der stärker abhängigen Gruppe grösser waren. In den sieben Studien zusammen ergaben die Langzeiterfolge für das Nichtrauchen in der Placebogruppe einen Anteil von 31% gegenüber der Nikotingroup mit 41%. Innerhalb der stark abhängigen wurden 19% der nunmehrigen Nichtraucher mit Placebo therapiert und 47% mit Nikotin-

kaugummi. Bereits mit Hilfe noch nicht endgültig analysierter Daten findet man eine 2,5mal höhere Wahrscheinlichkeit des Erfolgs in der Nikotingruppe im Vergleich zur Placebogruppe<sup>9</sup>.

### *Nikotinpflaster*

Erfolgversprechende Erfahrungen konnten mit der transdermalen Nikotinzufuhr gesammelt werden. Aus einem nikotinhaltigen System, einem gewöhnlichen Heftpflaster äusserlich nicht unähnlich, werden dabei kontinuierlich kleine Nikotinmengen durch die Haut hindurch in den Körper aufgenommen<sup>10</sup>. Pilotuntersuchungen mit einem solchen nikotinhaltigen Hautpflaster haben die leichte Anwendbarkeit sowie gute Hautverträglichkeitseigenschaften bestätigt<sup>11</sup>. Da Nikotin im Körper rasch eliminiert wird, liegen die bei den bisherigen Versuchen mittels transdermalen Zufuhr zur Resorption gelangten Nikotinmengen eher im unteren Bereich der 1983 von Benowitz und Mitarbeitern<sup>12</sup> bei Rauchern gefundenen täglichen Aufnahmeraten von Nikotin.

Im Rahmen einer umfangreichen Doppelblindstudie, die von 21 Schweizer Praktikern mit 199 Zigarettenrauchern durchgeführt wurde, die fest entschlossen waren, das Rauchen aufzugeben, wurden Raucher randomisiert mit Nikotinpflaster oder Placebo behandelt<sup>13</sup>. Auf eine spezielle psychologische Betreuung und Beratung während der Studie wurde bewusst verzichtet. Die erzielten Abstinenzraten waren nach 1, 2, und 3 Monaten bei Nikotinsubstitution mit Nikotinpflaster mit 41,0%, 36,0% und 36,0% signifikant höher als mit dem Placebo, und sie lagen merklich über dem Durchschnitt der mit anderen Formen von Nikotinsubstitution erzielten Erfolge selbst wenn diese Studien in einer speziellen Raucherentwöhnungsstation durchgeführt wurden<sup>14</sup>.

Die Ergebnisse dieser klinischen Studie werden durch diejenigen einer weiteren Untersuchung bestätigt, die nach dem prinzipiell gleichen Prüfungsplan vorgenommen wurde, abgesehen davon, daß es sich hier um 112 Studenten handelte, also um eine wesentlich jüngere Population<sup>15</sup>.

### **Die Honorierung der Rauchertherapie**

Insoweit ärztliche Arbeitszeit, ärztliches Können und Wissen und eine medikamentöse Behandlung zur Beratung und Behandlung rauchender Patienten eingesetzt werden, ist eine angemessene Vergütung angezeigt. Diese sollte durch die Krankenversicherung übernommen werden, insoweit als die Raucher unter tabakbedingten Krankheiten leiden und die Rauchertherapie Teil der gesamten Behandlung darstellt.

Wo der Krankenversicherung auch die Vergütung präventiver Leistungen auferlegt ist, ist die gesamte Raucherberatung durch die Krankenversicherung zu vergüten. In der Bundesrepublik Deutschland hat die gesetzliche Krankenversicherung den Auftrag, präventivmedizinisch tätig zu werden. Deshalb muss sie auch die Raucherentwöhnung finanzieren. Ähnliche Überlegungen gelten auch für andere Länder.

### **Grundsätze der Rauchertherapie**

#### *Allgemeine und Nikotinsubstitutionstherapie*

Grundsätzlich ist bei der Therapie der Nikotinabhängigkeit nach den Prinzipien der Lebensstilmedizin zu verfahren. Dies bedeutet: Wenn der Einsatz medikamentöser Methoden indiziert erscheint, dann sind diese grundsätzlich mit solchen aus dem Bereiche der Verhaltensmodifikation und Beratung zu kombinieren. Dies gilt in besonderem Masse für die Nikotinersatz-Therapie, die ihre volle Wirksamkeit dann entfalten kann, wenn sie mit der geeigneten psychologischen Betreuung kombiniert wird. Dies bedeutet auch, dass die Therapeuten und die motivierten Tabakkonsumenten zusammenarbeiten müssen; dieser Grundsatz gilt ja auch für viele weitere Lebensstil assoziierte Gesundheitsprobleme. Typische Beispiele sind die Hypertonie, der Diabetes oder die Fettstoffwechselstörungen. Weiters ist festzuhalten, dass sich im Bereiche der Lebensstilmedizin die klassischen Grenzen zwischen Prävention und Therapie nicht mehr exakt ziehen lassen, da die Therapie der Nikotinabhängigkeit gleichzeitig die Prävention tabakassoziierter Erkrankungen bedeutet. Auch hier ergeben sich wieder Parallelen zu den bereits genannten anderen „modernen Gesundheitsproblemen“.

#### *Andere Methoden der Raucherentwöhnung*

Es gibt eine Vielzahl von publizierten und zum Teil auch wissenschaftlich validierten Verfahren, um entwöhnungswillige Raucher zu unterstützen. Einige Beispiele sollen das breite Spektrum der therapeutischen Ansätze darstellen (Hypnose, Akupunktur, Selbsthilfe-Techniken, Gruppen-Programme). In diesem Zusammenhang ist nochmals darauf hinzuweisen, dass medikamentöse Interventionen mit nicht-pharmakologischen Verfahren zu kombinieren sind, und dass gerade auf diesem Gebiet der kombinierten Therapie der Nikotinabhängigkeit noch viele interessante Entwicklungen zu erwarten sind.

Viele Raucher glauben, dass sie es mit Hypnose mühelos schaffen, das Rauchen aufzugeben und ihr Verlangen nach der Zigarette beinahe wie durch Zauberhand verschwindet. Das ist nicht der Fall.

Wie jede ernstzunehmende Methode erfordert auch die Hypnose ein grosses Mass an Motivation und Anstrengung. Die meisten Arten der Hypnose zielen darauf ab, dass die Patienten lernen, sich selbst und ihr Verlangen zu kontrollieren.

Der Akupunkteur verwendet Nadeln zur Rauchertherapie. Ungeachtet der zunehmenden Popularität der Akupunktur als Therapieform gibt es keine Studien, welche Erfolge der Akupunktur in der Raucherentwöhnung belegen. Akupunktur hat möglicherweise einen Placeboeffekt auf den Raucher, wodurch dieser leichter die abhängig machenden Komponenten des Rauchens meistert. Aber es hilft den Patienten nicht, Gewohnheiten, wie den Griff zur Zigarette in der Kaffeepause oder in Stresssituationen, zu durchbrechen. Neben der Akupunktur brauchen die Raucher Beratung und Unterstützung.

Im Handel sind viele Bücher und Audiokassetten zum Thema erhältlich, die helfen, sich das Rauchen abzugewöhnen. Die meisten vermitteln Ratschläge in Form von Verständnis für die Rauchgewohnheiten, Möglichkeiten diese zu unterbrechen, das Verlangen aufzugeben, sich zu entspannen und Stress abzubauen.

Obwohl die meisten Personen, die mit dem Rauchen aufhören, dies allein oder nur mit geringer Hilfe und Unterstützung tun, gibt es viele Raucher, die dabei Schwierigkeiten haben und daher eine Gruppe aufsuchen, um ihre Rauchgewohnheiten aufgeben zu können. Obwohl sich die Programme vielfach unterscheiden, finden sich in jeder Gruppe Gruppenberatung und Unterstützung durch andere Teilnehmer. Viele Gruppenprogramme bieten beides, nämlich Information über das Rauchen und über Möglichkeiten mit dem Rauchen aufzuhören. Diese Programme beinhalten oft Vorträge von Ärzten, Ernährungswissenschaftlern und Psychologen. Einige Programme haben festgelegte Termine oder Zeiträume, in denen die Teilnehmer zu rauchen aufgehört haben sollen. Sie beinhalten auch Anleitungen zu Entspannungsübungen und zur Selbstkontrolle, um das Risiko eines Rückfalles zu minimieren. Auch Anleitungen, wie eine Gewichtszunahme verhindert werden kann, sind üblich.

### Zusammenfassung

Die deutschsprachigen Länder (Österreich, Bundesrepublik Deutschland, Schweiz) zählen in bezug zur Kontrolle tabakassoziierter Erkrankungen nicht gerade zu den fortschrittlichsten Staaten der Welt. Das medizinische System dieser Länder ist bis heute nicht überzeugt, dass die Raucherentwöhnung nicht nur notwendig sondern auch machbar ist.

Um ein entsprechendes Basisdokument für die weitere Vorgangsweise zu schaffen, wurde ein Konsensusprozess eingeleitet.

Dieser Konsensusprozess stellt eine Teilaktivität des UICC-(International Union Against Cancer) Projekts „Raucherentwöhnung“ dar, das im Rahmen der UICC-Tabak- und Krebs-Programme durchgeführt wird. Der Bericht der US Surgeon General von 1988 besagt deutlich, dass der Konsum von Tabakprodukten nicht nur eine Sache der freien persönlichen Entscheidung ist, sondern dass sehr wohl auch eine Abhängigkeit vorhanden ist, die wissenschaftlich genauso belegt werden kann, wie die Abhängigkeit von Heroin oder anderen Narkotika. Die wissenschaftliche Literatur liefert Informationen über zahlreiche Methoden und Techniken zur Raucherentwöhnung, sowohl pharmakologischer als auch nicht-pharmakologischer Art. In der Pharmakologie wurde vieles erprobt, um die Nikotinabhängigkeit behandeln zu können. Aufgrund des heutigen Wissensstandes und zahlreicher kontrollierter Studien wird Nikotin als die bislang einzige Substanz erachtet, von der wissenschaftlich belegt ist, dass mit ihrer Hilfe die Nikotinabhängigkeit effektiv behandelt werden kann. Viele Methoden, beginnend bei der Selbsthilfe bis zu sehr umfassenden kombinierten therapeutischen Ansätzen reichend – einschliesslich pharmakologischer Interventionen –, stehen nunmehr zur Verfügung, um die Nikotinabhängigkeit zu therapieren. Rauchertherapie benötigt Zeit, Einsatz und andere Ressourcen und es stellt sich die Frage, wie diese Leistungen entsprechend honoriert werden können. Wie auch bei anderen Behandlungsverfahren, müssen die Kosten entweder vom Patienten/Klienten selbst übernommen werden oder durch andere Quellen einschliesslich privater und staatlicher Krankenversicherungen getragen werden.

Das Gesundheitssystem wird lernen, mit diesen neuen Interventionsmethoden umzugehen und es mit den „klassischen“ Verfahren medizinischer Interventionen – Diagnose, Behandlung, Evaluation, Rückfallskontrolle, Honorierung – zu versehen.

Die Raucherentwöhnung wird aber immer nur ein Aspekt im Rahmen eines umfassenden Ansatzes der Kontrolle dieser bedeutenden modernen Epidemie, wie es die Gesundheitsschädigung durch Tabakkonsum darstellt, bleiben. Auf andere flankierende Massnahmen (z. B. gesetzliche Einführung rauchfreier Zonen in öffentlichen Gebäuden, Verbot der Tabakwerbung, Warnhinweise auf Zigarettenpackungen etc.) darf in diesem Zusammenhang nicht verzichtet werden.

### Résumé

#### Arrêt du tabagisme: Consensus des pays germanophones

Les pays germanophones (Autriche, Allemagne, Suisse) ne sont pas les plus avancés pour ce qui ressort du contrôle des maladies liées au tabagisme.

Dans ces pays, il reste à convaincre les instances médicales que l'arrêt du tabagisme est non seulement nécessaire mais réalisable. C'est la raison pour laquelle le développement d'un consensus a été initié pour fournir un document de base en vue d'activités futures.

Le développement de ce consensus s'intègre dans les activités réalisées par le «Projet pour l'Arrêt du Tabagisme» de l'UICC (Union Internationale Contre le Cancer), un projet rentrant lui-même dans le cadre du Programme sur le Tabac et le Cancer de l'UICC. Le rapport de 1988 de l'US Surgeon General établit clairement que l'usage de produits tabagiques n'est pas une question de choix mais résulte d'une accoutumance comparable à l'accoutumance à l'héroïne et à d'autres narcotiques.

La littérature scientifique abonde d'informations sur les méthodes et techniques pour arrêter de fumer, tant pharmacologiques que non pharmacologiques. Plusieurs approches pharmacologiques ont été essayées pour traiter la dépendance à la nicotine chez l'homme. Il ressort de travaux scientifiquement valides et d'études contrôlées que la nicotine elle-même est la seule substance efficace pour traiter la dépendance à la nicotine.

Plusieurs techniques existent actuellement pour contrôler l'accoutumance à la nicotine, allant de l'usage de la simple volonté de s'en sortir à des thérapies combinées sophistiquées incluant des interventions pharmacologiques. L'arrêt du tabagisme nécessite du temps, des efforts et d'autres ressources si bien que la question du remboursement pour ces services doit être considérée. De même que pour n'importe quel autre traitement, ces coûts incombent soit à l'individu, au client et/ou à d'autres sources incluant les systèmes d'assurances privés ou nationales. Les systèmes de santé devront apprendre à gérer ces nouveaux types d'intervention et les intégrer aux autres aspects «classiques» des interventions médicales qui incluent mesures de diagnostic, traitement, évaluation du traitement, contrôle des rechutes et remboursement. Cependant, l'arrêt du tabagisme ne sera jamais qu'un seul des moyens disponibles dans le cadre d'une approche globale pour contrôler la plus importante des épidémies modernes, à savoir l'atteinte à la santé causée par la consommation de tabac. D'autres mesures sont en effet nécessaires telles que l'introduction par la loi d'espaces sans fumée dans les lieux publics, l'interdiction de la publicité pour les cigarettes, l'obligation d'inclure des notices d'avertissements sur les boîtes de cigarette.

## Summary

### Tobacco cessation: Consensus in German-speaking countries

The German speaking countries (Austria, Germany, Switzerland) are not the most advanced in the world

when it comes to the control of tobacco related diseases. The medical system in these countries has yet to be convinced that smoking cessation is not only necessary but feasible. In order to provide a basic document for further activities, a consensus development process was initiated. The consensus development process forms part of the activities performed by the UICC (International Union Against Cancer) Project Smoking Cessation, which is a project within the framework of the UICC Tobacco and Cancer Programme.

The 1988 Report of the US Surgeon General states very clearly, that the use of tobacco products is not a matter of free choice, but is the result of an addiction as scientifically valid as the addiction to heroin and other narcotics.

The scientific literature provides information on many methods and techniques for a smoking cessation, both pharmacological and non-pharmacological. Many pharmacological approaches have been tried to treat nicotine dependence in man. According to scientific standards and many controlled studies, nicotine has been the only drug found to be effective in treating nicotine dependence.

Many techniques, ranging from self help to sophisticated combined therapeutic approaches including pharmacological interventions, are now available to deal with the nicotine addiction.

Smoking cessation treatment uses time, effort and other resources and the question of reimbursement for these services has to be considered. As with any other form of treatment, costs needed to be paid either by the individual patient/client and/or by other sources including private and national health insurance systems. The health care system will learn how to use this new kind of intervention and to incorporate it into the "classical" ingredients of medical intervention which include diagnosis, treatment, evaluation of therapy, relapse control and reimbursement.

However, smoking cessation will always form only one aspect within the framework of a comprehensive approach to control the most important modern epidemic, that is the damage to health caused by tobacco consumption. Additional important measures such as the introduction of smokefree areas on public places by legislation, ban of tobacco advertisement, health warnings on cigarette-packets are necessary.

## Literaturverzeichnis

- 1 US Public Health Service. The Health Consequences of Smoking. Nicotine Addiction. U.S. Department of Health and Human Service, Rockville, 1988.
- 2 First European Conference on Tobacco Policy. Madrid, 7–11 November 1988.
- 3 Marwick C. Many brands of cessation plans lure smokers. JAMA 1986; 255:998.
- 4 Abelin T. Wo stehen wir bei der Tabakentwöhnung? Zeitschrift „Tuberkulose und Lungenkrankheiten“ 1981; 7:8.

- 5 Hallett R. Intervention against smoking and its relationship to general practitioners smoking habits. *J of the Roy Coll Gen Pract* 1983; 33:565.
- 6 Russel MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *Br Med J* 1979; 2:231–235.
- 7 Schoberberger R. Erfahrungsbericht über die Raucherberatungsstelle in Wien. *Mitt Öst Sanit Verwalt* 1986; 87.
- 8 Basler HD, Brinkmeier U, Buser K, Gluth G. Nicotine gum assisted group therapy in smokers with an increased risk of coronary disease – evaluation in a primary care setting format. *Health Education Research* 1992; 7:87–95.
- 9 Fagerström KO. Efficacy of nicotine chewing gum. In: Pomerleau OF, Pomerleau CS (eds.) *Nicotine Replacement: A Critical Evaluation*. New York: Alan R. Liss, 1988.
- 10 Bents H, Buchkremer G. Raucherentwöhnung. Psychologische und pharmakologische Methoden. *Dtsch Med Wochenschr* 1987; 112:559–564.
- 11 Opitz K, Horstmann M. Unveröffentlichtes Manuskript. Pharmakologisches Institut der Universität Münster; 1985.
- 12 Benowitz NL, Hall SM, Hering RJ *et al.* Smokers of low-yield cigarettes do not consume less nicotine. *N Engl J Med* 1983; 309:139–142.
- 13 Abelin T, Bühler A, Müller P *et al.* Doppelblindstudie über die Wirksamkeit eines transdermalen Nikotinsystems bei der Raucherentwöhnung. *Lancet – Deutsche Ausgabe* 1989 A; 3:185–189.
- 14 Lam W, Sze PC, Sacks HS, Chalmers TC. Meta-analysis of randomized controlled trials of nicotine chewing gum. *Lancet* 1987; 2:27–30.
- 15 Howald H, Abelin T, Ehram R *et al.* Zwei placebokontrollierte Doppelblindstudien zur Wirksamkeit des transdermalen Nikotinsystems (TNS) bei der Raucherentwöhnung. In: Buchkremer G (ed.) *Raucherentwöhnung. Psychologische und pharmakologische Methoden*. Stuttgart: Georg Thieme, 1989; 133.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. Michael Kunze  
 Institut für Sozialmedizin der Universität Wien  
 Alser Strasse 21  
 A-1080 Wien/Austria