

Tabakabhängigkeit
- Rauchen zwischen Genuss und
Behandlungsbedürftigkeit -

– Fachtagung –

26. - 28. März 2001
Hagen

Inhaltsverzeichnis

	Seiten
Vorwort	5
Die Bedeutung der Tabakabhängigkeit und ihre Behandlung. Dr. Martina Pötschke-Langer, Heidelberg	7
Raucherentwöhnung - ein Thema für die Suchthilfe?	15
Dr. Christoph Kröger, München	
Nikotinvergiftung und Trinkerheilanstalten seit 1930	23
Prof. Dr. Klaus Dieter Stumpfe, Düsseldorf	
Strategien der Raucherentwöhnung I - Gegenwärtige Methoden und neue Zielrichtungen in der medikamentösen Behandlung	29
Dr. Anil Batra, Tübingen	
Strategie der Raucherentwöhnung II - gegenwärtige Methoden und neue Zielrichtungen in der psychotherapeutischen Behandlung	37
Prof. Dr. Klaus Dieter Stumpfe, Düsseldorf	
Motivation zur Raucherentwöhnung - Chancen während der stationären Behandlung?	51
Dr. med. P. L. Bölcskei, A. Kohaut, Nürnberg	
Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft: Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Projekt „EURO-scip“ .	59
Peter Lang, Bremen	
Raucherentwöhnung in der Praxis - Fallbeispiele für die Intervention	85
Peter Lindinger, Heidelberg	
„smoking cessation services“ ein etabliertes ambulantes Angebot in England	97
Dawn Milner, London	
Stationäre Rauchertherapie – Projekt Josefhof - Erste Resultate des Modellprojektes	109
Prof. Dr. Rudolf Schoberberger, Wien	

Vorwort

Tabakabhängigkeit - Rauchen zwischen Genuss und Behandlungsbedürftigkeit

Christopher Columbus erwähnte 1492 in seinem Tagebuch die von den Indianern hoch geschätzten Tabakblätter. Erst nach 1950 - vor allem durch den sog. Terry-Report 1964 - wurde durch epidemiologische Untersuchungen in den USA der Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und verschiedenen Krankheiten, insbesondere Lungenkrebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, deutlich. Inzwischen ist wissenschaftlich unumstritten, dass Rauchen das größte vermeidbare Sterberisiko überhaupt ist.

Die Generaldirektorin der WHO, Frau Dr. Brundtland, hat der Gesundheitsförderung durch Reduzierung des Rauchens oberste Priorität eingeräumt. Ihre Aktivität wird auch von der Europäischen Kommission unterstützt. Im Gegensatz zu anderen Ländern wie z.B. USA, Australien, Polen hat sich die deutsche Gesundheitspolitik bisher zurück gehalten, eindeutige Signale zu setzen.

In den letzten 10 Jahren hat sich - auch durch Veröffentlichung entsprechender Informationen der Tabakindustrie im Rahmen amerikanischer Gerichtsverfahren in den letzten Jahren - die Überzeugung durchgesetzt, dass Tabakkonsum eine Abhängigkeit erzeugt, die den Mechanismen einer Heroin- und Kokainabhängigkeit entsprechen. Das Abhängigkeitspotenzial wird als mindestens gleichstark eingeschätzt. Damit wurde dieses Thema

vermehrt von der unabhängigen Suchtforschung und Suchthilfe aufgegriffen.

Mit der Fachtagung 'Tabakabhängigkeit - Rauchen zwischen Genuss und Behandlungsbedürftigkeit' gab die Koordinationsstelle Sucht Fachkräften der Suchthilfe die Möglichkeit, sich über neueste Erkenntnisse und Initiativen zum Thema Tabakabhängigkeit zu informieren. Beispielhaft wurden konkrete Praxisprojekte aus England und Österreich vorgestellt. Mit dieser Publikation möchten wir einer größeren Fachöffentlichkeit die Ergebnisse dieser Veranstaltung ebenfalls zur Verfügung stellen.

Eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Thema und die Entwicklung spezieller Angebote der Suchthilfe ist aus unserer Sicht dringend erforderlich. Gerade Fachkräfte, die mit der Dynamik einer Suchterkrankung vertraut sind, bringen das notwendige Grundwissen mit. Zum Erwerb spezifischer Fachkenntnisse wird die Koordinationsstelle spezielle Fortbildungen anbieten.

Dr. Wolfgang Pittrich
Landesrat

Wolfgang Rometsch
Leiter der Koordinationsstelle

Doris Sarrazin
Fort- und Weiterbildung

Die Bedeutung der Tabakabhängigkeit und ihre Behandlung

Dr. Martina Pötschke-Langer

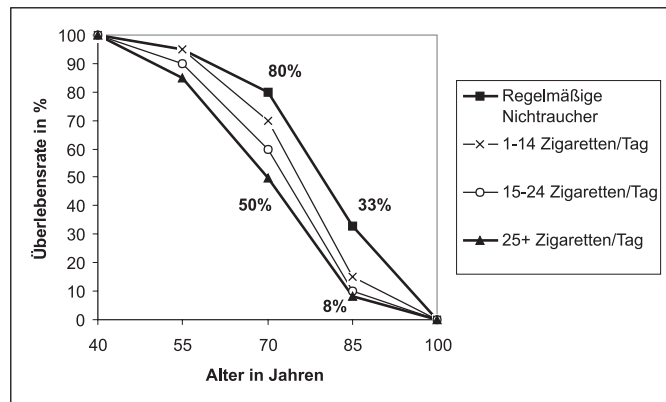
Deutsches Krebsforschungszentrum
Stabsstelle Krebsprävention
Im Neuenheimer Feld 280

69120 Heidelberg

Gegenwärtig rauchen weltweit mehr als eine Milliarde Menschen im Alter über 15 Jahren. Und täglich werden es mehr. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) berechnete auf der Basis fundierter epidemiologischer Studien, dass im Jahr 2001 weltweit vier Millionen Menschen an den Folgen ihres Rauchverhaltens sterben. Sollte das Rauchverhalten nicht weiter reduziert werden, so ist damit zu rech-

nen, dass ab dem Jahr 2020 mehr als zehn Millionen Menschen weltweit an ihrem Konsumverhalten sterben werden. Rauchen ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko. Das volle Ausmaß der Tabakepidemie wurde erst im letzten Jahrzehnt erkannt, als DOLL und Kollegen die Ergebnisse einer 40 – Jahre – Beobachtungsstudie an englischen Ärzten vorlegten (DOLL et al., 1994).

Einfluss des Zigarettenrauchens auf die Überlebensrate

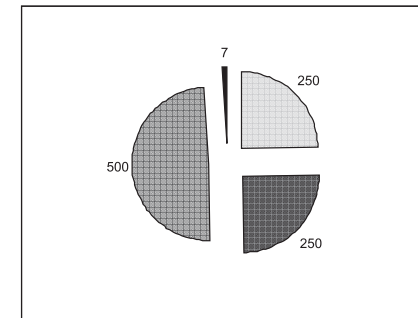


Quelle: DOLL, R. et al. (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctors. BMJ 309, 901-911. Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2001.

Anhand dieser Daten wurde der Einfluss des Zigarettenrauchens auf die Überlebensrate deutlich: 80 % aller regelmäßigen Nichtraucher haben die Chance, das Alter von 70 Jahren zu erreichen, im Gegensatz zu nur 50 % aller Raucher, die 25 und mehr Ziga-

retten pro Tag konsumieren. Auch das hohe Alter von 85 Jahren erreichen noch 33 % aller Nichtraucher, im Gegensatz zu 8 % der Raucher mit einem Konsum von 25 und mehr Zigaretten.

Von 1000 zwanzigjährigen Rauchern in Europa, die weiterrauen, sterben



1 an den Folgen einer Gewalttat

6 an den Folgen von Verkehrsunfällen

250 an den Folgen des Rauchens in den mittleren Jahren

250 an den Folgen des Rauchens im Alter

Quelle: PETO, R.; LOPEZ, A. et al. (1994). Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford. Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2001.

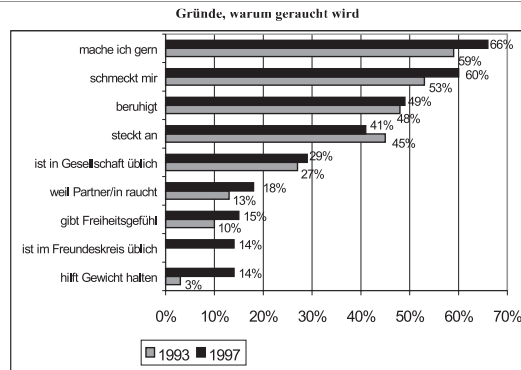
Von der gleichen Arbeitsgruppe wurden die englischen Daten auf Europa übertragen und festgestellt, dass von 1000 20jährigen Rauchern in Europa, die auch im Erwachsenenalter weiter rauchen, 1 an den Folgen einer Gewalttat, 6 an den Folgen von Verkehrsunfällen und 250 an den Folgen des Rauchens in den mittleren Jahren sowie weitere 250 an den Folgen des Rauchens im Alter versterben werden. Dies bedeutet, dass die Hälfte aller Raucher bei fortgesetztem Rauchverhalten an den Folgen sterben wird.

Auch Deutschland ist von der Tabakepidemie nicht verschont geblieben. In diesem Land sterben jährlich über 100 000 Menschen, d. h. täglich etwa 300 Menschen an den Folgen ihres Rauchverhaltens (PETO et al., 1994). Wenn 300 Tote jeden Tag durch Flugzeugabstürze oder Zugunglücke zu beklagen wären, würden sofortige Sicherheitsmaßnahmen ergriffen und die Verursacher zur Verantwortung

gezogen. Dies trifft nicht auf rauchbedingte Todesfälle zu. Sie sterben unspektakulär und sie sterben einsam, häufig mit Schuldgefühlen, insbesondere wenn sie in ihren mittleren Lebensjahren sterben und ihre Familien unversorgt zurück lassen. Zunehmend befinden sich junge Mütter und Väter unter den Sterbenden – Frauen und Männer, die im Alter von 10 bis 15 Jahren zu rauchen begonnen haben und nach 20 bis 30 Jahren, d. h. im Alter von 35 bis 45 Jahren beispielsweise an Lungenkrebs sterben.

Obwohl seit Jahrzehnten vor den Gefahren des Rauchens gewarnt wird, rauchen zunehmend mehr Kinder und Jugendliche, sodass die Raucherquote unter den 18-25jährigen mittlerweile bei durchschnittlich 50% liegt (BzgA, 1998). Mit Sorge beobachten Präventionsexperten eine Stabilisierung des Rauchverhaltens von Kindern und Jugendlichen in Richtung „Selbstbewusste Raucher“.

Trends im Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland 1993 und 1997



[n= 3000, mündliche Befragung, Repräsentativbefragung]

Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1997

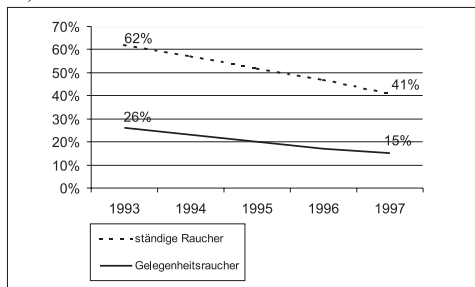
Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 1999

Zwischen 1993 und 1997, den beiden letzten Befragungszeiträumen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, gaben deutlich mehr be-

fragte dieser Altersgruppe an, dass sie gern rauchen und ihnen Zigaretten schmecken und sie beruhigen.

Motivation zum Rauchstopp (Alter 12 -25 Jahre) Repräsentativbefragung 1997

Bereitschaft, innerhalb der nächsten 5 Jahre das Rauchen zu beenden:



[n= 3000, mündliche Befragung, Repräsentativbefragung]

Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1997.

Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2001.

Parallel zum gewachsenen Selbstbewusstsein jugendlicher Raucher sank ihre Bereitschaft, innerhalb der nächsten fünf Jahre das Rauchen zu beenden um über 20 % bei den ständigen Rauchern im Alter von 12 bis 25 Jahren auf 41 % und um 11 % bei den Gelegenheitsrauchern auf 15 % (BZgA, 1998).

Die Folgen des verstärkten Rauchverhaltens werden in Kürze zu beobachten sein: Je früher geraucht wird, desto früher entwickeln sich Nikotin-Rezeptoren, mit der Folge früher Tabakabhängigkeit. Und je früher geraucht wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, frühzeitig Folgekrankheiten zu entwickeln.

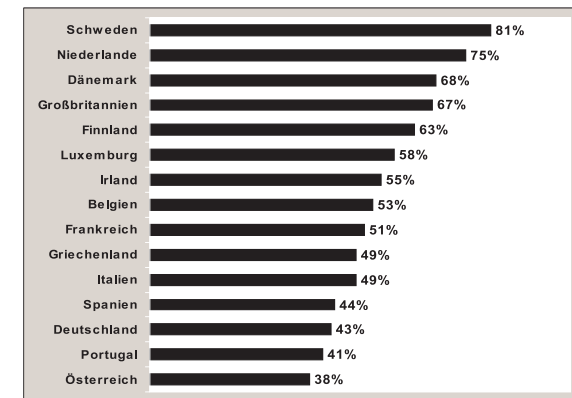
Auch wenn die Tabakindustrie jahrzehntelang in der Öffentlichkeit leugnete, dass Zigarettenrauchen abhängig macht, wusste sie frühzeitig vom Suchtpotential ihres Produktes: Bereits 1963 erklärte Addison Yeamann, Jurist der US Firma Brown und Williamson, in einem internen Konzernpapier: „Nicotine is addictive. We are, then, in the

business of selling nicotine, an addictive drug.“(YEAMAN, 1963).

Inzwischen liegen auch für Deutschland erste Berechnungen zum Ausmaß der Tabakabhängigkeit vor. Unter Tabakabhängigkeit wird der zwanghafte und der anhaltende Konsum trotz Wissens um die Gesundheitsschädlichkeit des Produktes, die Toleranzentwicklung, d. h. zunehmend höherer und intensiverer Konsum sowie das körperliche Entzugssyndrom bei Reduktion oder Absetzen verstanden. Danach sind 70 bis 80 % aller Raucherinnen und Raucher tabakabhängig, dies sind fünf bis sechs Millionen Frauen und acht bis neun Millionen Männer in Deutschland (BATRA & FAGERSTRÖM, 1997).

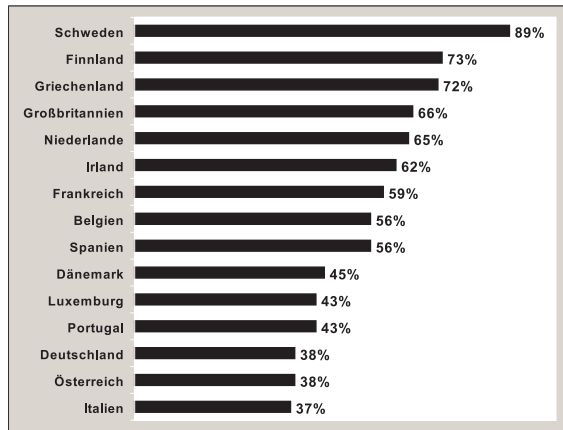
Die Tabakabhängigkeit ist nicht allein ein Problem deutscher Raucher/innen. In Europa sind Millionen von Rauchern betroffen. Jedoch unterscheidet sich die Einstellung der deutschen Raucher von denen anderer europäischer Länder durch ein beharrliches Festhalten am Konsumverhalten.

Europastudie Befragung 1999 (n = 9750 smokers) Raucher mit mindestens einem ernsthaften Rauchstoppversuch



Quelle: BOYLE et al. (1999). Characteristics of smokers attitudes towards stopping. European Journal of Public Health 10, Suppl.3,5-14. Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2001.

Europastudie
Befragung 1999 (n = 9750 smokers)
Motivation der Raucher, in naher Zukunft einen Rauchstopp zu planen



Quelle: BOYLE et al. (1999). Characteristics of smokers attitudes towards stopping. European Journal of Public Health 10, Suppl.3.5-14.
 Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2001.

In einer europäischen Vergleichsstudie wurden Daten aus Repräsentativbefragungen von Rauchern im Jahre 1999 zusammengefasst. Dabei wurde deutlich, dass deutsche Raucher/innen im Vergleich zu Raucher/innen vieler anderer europäischer Länder am wenigsten motiviert sind, auf das Rauchen zu verzichten. Deutschland liegt sowohl bei der Frage nach mindestens einem ernsthaften Rauchstoppversuch als auch bei der Motivation der Raucher, in naher Zukunft einen Rauchstopp zu planen, an drittletzter Stelle (BOYLE et al., 2000).

Eine deutsche Studie aus dem Jahre 1998 gibt noch geringere Ausstiegsversuche innerhalb der letzten zwei Jahre (Männer 24,3 %, Frauen, 26,0 %) an. Auch haben nach dieser Studie nur 31 % der Männer und 38,4 % der Frauen gegenwärtig ernsthaft die Absicht, das Rauchen aufzugeben (KRAUS & BAUERNFEIND, 1998).

Deutschland ist ein Raucherland und

gleichzeitig ein Entwicklungsland für Raucherentwöhnungsmaßnahmen und für Tabakkontrolle. In keinem anderen Land weltweit ist der Erwerb für Kinder und Jugendliche so einfach; denn auf 100 Einwohner kommt ein frei zugänglicher Zigarettenautomat. In Deutschland können sich Kinder und Erwachsene an über 800.000 Zigarettenautomaten Tag und Nacht und an fast jeder Straßenecke bedienen.

Ein weiteres gesundheitspolitisches Problem stellt die Zigarettenwerbung dar, die „mitten ins Herz“ von Kindern und Jugendlichen zielt. Coole, trendige und strahlende jugendliche Models verkünden an jeder Straßenecke und häufig direkt vor Schuleingängen: Ich rauche gern.

Millionen deutscher Raucher, darunter auch führende Politiker wie Bundeskanzler Schröder oder Bundespräsident Rau, rauchen ungeniert in der Öffentlichkeit und demonstrieren den Typ „Selbstbewusster Raucher“.

Angesichts dieses raucherfreundlichen Klimas ist es sicherlich nicht verwunderlich, dass Raucherentwöhnungsangebote nur zögerlich genutzt werden und auch die Gesundheitsberufe bisher in der Tabakprävention und Raucherentwöhnung nicht sonderlich engagiert tätig waren. Hinzu kommt, dass Beratungsgespräche von Krankenkassen nur bedingt und wenn, dann auch nicht in vollem Umfang, bezahlt werden.

Eine neue Orientierung in der Raucherentwöhnung in Deutschland ist dringend erforderlich – darin sind sich viele Gesundheitsverbände, insbesondere Experten in der Suchttherapie, einig.

Seit 1999 besteht ein WHO-Partnerschaftsprojekt Tabakabhängigkeit, das in Deutschland von der Koalition gegen das Rauchen koordiniert und vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert wird. Im Rahmen des WHO Projektes wurden Grundsätze für eine Neuorientierung in der Raucherentwöhnung in Deutschland erarbeitet. Hierzu gehören:

- Rauchverhalten muss endlich als Suchtverhalten erkannt und behandelt werden,
- Hochrisikogruppen wie rauchende Schwangere, Herz-Kreislaufpatienten, Asthmatiker und Krebspatienten müssen gezielt angesprochen werden,
- Raucher müssen stadienspezifisch angesprochen werden,
- Raucher müssen zielgruppenspezifisch angesprochen werden: Frauen sind anders anzusprechen als Männer, Jugendliche anders als Erwachsene,
- Empfehlungen nationaler und internationaler Leitlinien müssen in bestehende Konzepte integriert werden,

- Pharmakologische Therapien müssen angeboten werden,
- eine zeitlich begrenzte, kostenlose Abgabe von Nikotintherapeutika an sozial benachteiligte Raucher ist sinnvoll, wie dies in England bereits praktiziert wird,
- Nikotintherapeutika müssen von der Rezeptpflicht befreit werden,
- Schulungsprogramme für Gesundheitsberufe (Aus-, Fort- und Weiterbildung) müssen entwickelt und durchgeführt werden.
- Angesehene Fachgesellschaften müssen für die Thematik gewonnen werden,
- Rauchersprechstunden müssen in Praxen und Kliniken eingeführt werden,
- Regionale Rauchertelefone müssen eingerichtet werden,
- Rauchfreie Praxen und Kliniken müssen Standard werden,
- Persönliche Glaubwürdigkeit der Gesundheitsberufe ist herzustellen; Therapeuten und Berater müssen selbst Nichtraucher sein!

Im Rahmen des WHO-Partnerschaftsprojektes Tabakabhängigkeit wurden bereits erste Realisierungen möglich gemacht. Ein Curriculum zur Tabakabhängigkeit wurde entwickelt, das Beratungskonzept „Die Rauchersprechstunde“ für Gesundheitsberufe wurde publiziert und Leitlinien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit von verschiedenen Organisationen verabschiedet.

Es wird sehr darauf ankommen, ob es der deutschen Sucht- und Drogenpolitik gelingt, die Tabakabhängigkeit als zentrales gesundheitspolitisches Problem anzuerkennen und wirksamkeitsorientierte Maßnahmen einzuleiten. Es wird auch höchste Zeit, dass die Tabakabhängigkeit einen höheren

Stellenwert gewinnt als die Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Alle Gesundheitsberufe, insbesondere aber die Suchttherapeutinnen und -therapeuten sind aufgerufen, an dieser gesundheitspolitischen Änderung mitzuwirken.

Literatur (ausgewählt):

BATRA, A. & FAGERSTRÖM, K.-O. (1997), Neue Aspekte der Nikotinabhängigkeit und Raucherentwöhnung. Sucht 43. S. 277-282

BOYLE, P.; GANDINI, S.; ROBERTSON, C.; ZATONSKI, W.; FAGERSTRÖM, K.-O.; SLAMA, K.; KUNZE, M.; GRAY, N. & The International Smokers Survey Group (2000), Characteristics of smokers attitudes towards stopping. European Journal of Public Health 10, Supplement No. 3,5-14

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998), Hrsg., Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1997, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

DOLL, R.; PETO, R.; WHEATLEY, R.; GRAY, R. & SUTHERLAND, I. (1994). Mortality in Relation to Smoking: 40 years Observations on Male British Doctors. British Medical Journal 309. S. 901-911

Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997, Sucht 44, Sonderheft 1, S. 1-83

PETO, R.; LOPEZ, A.D.; BOREHAM, J.; THUN, M. & HEATH jr., C. (1994), Mortality from smoking in developed countries 1950-2000, Oxford University Press, Oxford

WHO (1997), Dritter Aktionsplan für ein tabakfreies Europa 1997-2001. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation

WHO (1999). Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization

WHO & Koalition gegen das Rauchen (1999), Raucherentwöhnung leichter gemacht – Empfehlungen für Gesundheitsberufe.

WHO (2000), Beiträge 1999/2000. Hrsg., WHO-Partnerschaftsprojekt gegen Tabakabhängigkeit, Bonn

WHO (2000), Homepage:

www.who.ch/inf/fs/fact159.html
www.who.ch/inf/fs/fact160.html

YEAMAN, A.B., B&W general counsel (1963), Implications of Battelle Hippo 1 & 11 and the Griffith Filter, 17 July, Memo, Document ID 1802.05, S. 4

Raucherentwöhnung - ein Thema für die Suchthilfe?

Dr. Christoph Kröger

IFT Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
80804 München

Inhalt

Rauchen als Risikofaktor

Rauchen als Abhängigkeitserkrankung

Literatur

Zwei Perspektiven lassen sich bei der Beschreibung der Raucherentwöhnung voneinander abgrenzen: Rauchen als Risikofaktor und Rauchen als Abhängigkeitserkrankung.

I. Rauchen als Risikofaktor

Die Betrachtungsweise, dass Rauchen ein Risiko für die körperliche Gesundheit darstellt, ist allgemein bekannt. Rauchen ist der größte vermeidbare Risikofaktor für das Entstehen und die Verschlimmerung körperlicher Erkrankungen. Rauchen kann nicht nur Lungenkrebs auslösen; auch das Erkrankungsrisiko für fast alle Krebsarten ist unter Rauchern erhöht. Die häufigsten gesundheitlichen Schädigungen sind jedoch die Folgeerkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (Durchblutungsstörungen bis zum Herzinfarkt). Die Liste der durch das Rauchen mitverursachten oder durch das Rauchen verschlimmerten Krankheiten lässt sich noch um vieles erweitern.

Erkrankungen, an denen Raucher mit sehr viel größerer Wahrscheinlichkeit leiden als Nichtraucher sind:

- Krebserkrankungen (Lunge, Mundhöhle, Kehlkopf, Speiseröhre, Nieren, Blase, Magen, Darm)
- Arterienverkalkung
- Durchblutungsstörungen (Raucherbein, Herzinfarktgefahr, Schlaganfall, Impotenz)
- Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre
- Lungenentzündung, Bronchitis, Lungemphysem (übermäßige Erweiterung der Lungenbläschen)
- Genschäden, Veränderungen in dem

für die Krebsabwehr wichtigen Erbgut

- Erblindung, Rauchen schädigt die Netzhaut, starke Raucher erblinden doppelt so häufig wie Nichtraucher

Neben dem Risiko für die Gesundheit des Rauchers besteht ein erhöhtes Risiko für Personen, die dem Zigarettenrauch in der Umwelt ausgesetzt sind. Auch für die gesundheitlichen Schäden des Passivrauchens gibt es zwischenzeitlich hinreichend abgesicherte Daten.

Die Sichtweise „Rauchen als Risikofaktor“ ist also vielfach untermauert. Sie ist eine wichtige Perspektive insbesondere im medizinischen Versorgungssystem. Aufgrund des durch das Rauchen hohen Risikos für das Auslösen bzw. die Verschlimmerung von körperlichen Erkrankungen ist der Arzt daran interessiert, dass die Patienten das Rauchen einstellen. Aus der Sichtweise „Rauchen als Risikofaktor“ sind noch keine Informationen über mögliche Veränderungsstrategien ableitbar. Ein Arzt, der sich z.B. überwiegend mit der Behandlung von Krebs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen beschäftigt, wird sich daher in den meisten Fällen auf die Therapie der akuten Erkrankung konzentrieren und weniger auf die Behandlung des Rauchens.

II. Rauchen als Abhängigkeitserkrankung

Um eine gezielte Behandlung des Rauchens zu gewährleisten ist es wichtig, die Perspektive auf das Rauchen und die Raucherentwöhnung zu erweitern. Rauchen kann zu einer

Abhängigkeitserkrankung und somit zu einer psychischen Störung führen. Diese Sichtweise wird von den internationalen Klassifikationen für Erkrankungen gestützt. In diesen Klassifikationssystemen wird die Abhängigkeit von Tabak bzw. Nikotin in derselben Klassifikationsgruppe wie Abhängigkeit von anderen psychoaktiven Substanzen wie Alkohol, Kokain oder Heroin subsumiert.

In der Internationalen Klassifikation von Krankheiten der WHO, der ICD-10, wird Tabakabhängigkeit als Krankheit mit der Ziffer F17.2x verschlüsselt (ICD-10, Kapitel V; DILLING et al., 1991). Eine Tabakabhängigkeit liegt vor, wenn mindestens drei der sechs folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Ein anhaltend starker Wunsch oder eine Art Zwang zu rauchen.
- Eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Tabakkonsums.
- Das Auftreten von körperlichen Entzugssymptomen bei Tabakabstinenz oder Reduktion der täglich gerauchten

ten Zigaretten oder fortgesetztes Rauchen, um das Auftreten von Entzugssymptomen zu vermeiden.

- Eine Toleranz gegenüber den physiologischen Auswirkungen des Rauchens – im Laufe der Raucherkarriere hat eine Erhöhung der Zahl der täglich gerauchten Zigaretten stattgefunden.
- Eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Tätigkeiten zugunsten des Rauchens.
- Fortgesetztes Rauchen trotz des Nachweises eindeutig gesundheitsschädlicher Folgen.

International wird meist der Fagerström-Test zur Messung der Ausprägung der Nikotinabhängigkeit eingesetzt. Dieser kurze Fragebogen (Abbildung 1) enthält sechs Items, deren Antwortvorgaben ein Punktwert zugeordnet ist. Je nach erreichtem Punktwert wird von einer sehr geringen (0 bis 2 Punkte), geringen (3 bis 4 Punkte), mittelschweren (5 Punkte), schweren (6 bis 7 Punkte) oder sehr schweren Form der Abhängigkeit (8 bis 10 Punkte) ausgegangen.

Abbildung 1:
Items und Skalenwerte des "Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit"

Fragen	Antworten	Punkte
1. In welcher Zeitspanne nach dem Aufwachen rauchen Sie ihre erste Zigarette?	Innerhalb von 5 Minuten	3
	6 bis 30 Minuten	2
	31 bis 60 Minuten	1
	Nach 60 Minuten	0
2. Empfinden Sie es als schwierig, an Orten, an denen das Rauchen verboten ist, nicht zu rauchen; z.B.: in der Kirche, Bibliothek, im Kino etc.?	Ja	1
	Nein	0
3. Welche Zigarette möchten Sie am allerwenigsten aufgeben?	Die erste am Morgen	1
	Alle anderen	0

Fragen	Antworten	Punkte
4. Wie viele Zigaretten pro Tag rauchen Sie?	10 oder weniger	0
	11 bis 20	1
	21 bis 30	2
	31 oder mehr	3
5. Rauchen Sie oft mehr in den ersten Stunden nach dem Aufwachen als am Rest des Tages?	Ja	1
	Nein	0
6. Rauchen Sie, wenn Sie so krank sind, dass Sie die meiste Zeit des Tages im Bett verbringen?	Ja	1
	Nein	0

Folgende Entzugsserscheinungen können bei einer Reduktion des Zigarettenkonsums oder der Abstinenz auftreten:

- Reizbarkeit
- depressive Verstimmung
- Angstzustände
- Herzklopfen
- niedriger Blutdruck
- Müdigkeit
- Schlaflosigkeit
- Gewichtsabnahme
- Verdauungsstörungen
- starkes Verlangen nach einer Zigarette (Craving)
- Gefühl von Frustration, Unzufriedenheit
- Konzentrationsschwierigkeiten
- erhöhter Appetit, Hungergefühl

Entzugsserscheinungen beginnen wenige Stunden nach der letzten Zigarette, erreichen nach 24 bis 48 Stunden ihren Höhepunkt und dauern einige Tage bis Wochen. Sie treten in den meisten Fällen nur tagsüber und abends auf. Oft sind sie nach etwa einer Woche stark abgeklungen oder verschwunden. Das Craving und das Hungergefühl können sechs Monate oder länger andauern. Die Angst vor dem Auftreten von Entzugsserscheinungen verhindert, dass überhaupt

mit dem Rauchen aufgehört wird. Entzugsserscheinungen erschweren den Entwöhnungsprozess und erhöhen das Risiko für einen Rückfall.

Im Unterschied zu anderen Abhängigkeitserkrankungen führt die Tabakabhängigkeit in der Regel nicht zu einer Verelendung und zieht keine psychischen Beeinträchtigungen nach sich. Zudem ist die gesellschaftliche und soziale Akzeptanz des Rauchens im Vergleich zu den illegalen Substanzen deutlich besser und auch im Vergleich zu Alkohol wird das Rauchen in vielen Situationen akzeptiert (z.B. vormittags, in Arbeitspausen). Mehr als andere Substanzen schädigt jedoch der Tabakkonsum die Gesundheit.

Ein wesentlicher - häufig unterschätzter - Aspekt der Tabakabhängigkeit ist das hohe Abhängigkeitspotenzial dieser Substanz. So wird das Abhängigkeitspotenzial von Nikotin dem von Heroin und Kokain gleichgesetzt. In einer in den USA durchgeführten Studie wurde das Abhängigkeitspotenzial sogar als noch höher eingestuft als das anderer psychotroper Substanzen. In dieser Studie wurde zunächst erhoben, wie viele Personen überhaupt jemals eine Substanz probiert hatten. Unter den Personen, die eine

Substanz einmal in ihrem Leben probiert hatten, wurde gesucht, wie hoch der Prozentsatz von Personen ist, die davon abhängig wurden (s. Abbildung 2). So wurde eine Lebenszeitprävalenz von 75% in Bezug auf Nikotin gefunden. Unter diesen Personen wiesen zum Untersuchungszeitpunkt 31,9% die Kriterien für eine Abhängigkeitserkrankung auf. Unter denen, die mindestens einmal im Leben Alkohol konsumiert hatten, wurden 15,4% alkoholabhängig. Heroin wurde von nur 1,5% der Bevölkerung einmal im Leben konsumiert und unter diesen wiesen 23,1% die Kriterien einer Abhängigkeit auf.

Abbildung 2: Entwicklung einer Abhängigkeit von verschiedenen psychoaktiven Substanzen

	Lifetime Prävalenz	Abhängigkeit
Nikotin/Tabak	75%	31,9%
Heroin	1,5%	23,1%
Cocain	16%	16,7%
Alkohol	91%	15,4%
Cannabis	46%	9,1%

Aus der Sichtweise, dass es sich bei der Tabakabhängigkeit um eine starke Abhängigkeitserkrankung und somit eine psychische Erkrankung handelt, ergeben sich klare Perspektiven für die Behandlung. Es wird klar, dass eine kurze Beratung oder das Aushängen einer Broschüre meist nicht für eine erfolgreiche Behandlung ausreichen. Eine intensive Behandlung erscheint angebracht. Z.B. ist es wichtig, die Entzugsserscheinungen mit in die Behandlung einzubeziehen, die starke Ambivalenz- und Motivationsproblematik der Abhängigen zu berücksichtigen, die Steuerung des Ver-

haltens über die kurzfristigen Konsequenzen (die negative Verstärkung) mit einzubeziehen und die hohe Rückfallgefährdung nach einem Aufhören zu akzeptieren.

Die Angebotssituation in Deutschland

Aufhörwilligen Rauchern stehen verschiedene Hilfsmaßnahmen zur Verfügung (vgl. KRÖGER, 2000¹).

Tabelle 2: Hilfsmaßnahmen zur Raucherentwöhnung

- Selbsthilfe
- Selbstmedikation (insbesondere Nikotinsubstitution)
- Medien: Bücher, Auditive Medien
- Aufhörprogramme im Internet
- Expertensysteme, die per Post oder email verschickt werden
- Rauchertelefone

Somatische Therapie

- Medikation (Nikotinsubstitution, Bupropion (Zyban))
- Akupunktur

Beratung/Psychotherapie

- Kurzinterventionen, Beratung
- Einzelbehandlung
- Gruppenbehandlung
- Programme für spezielle Zielgruppen

Die verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenbehandlung hat in Deutschland eine über zwanzigjährige Geschichte. Das wohl am weitesten verbreitete Programm ist „Rauchfrei in 10 Schritten“ wurde damals im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelt. Über viele Jahre wurde eine Infrastruk-

¹ Lesern, die weitere Informationen über Hilfsmaßnahmen zur Raucherentwöhnung wünschen, sei dieses kostenlos bei der BZgA (www.bzga.de) erhältliche Buch empfohlen.

tur geschaffen, über die Raucherentwöhnungskurse angeboten wurden und werden. Die Raucherentwöhnung wurde in dieser Zeit von den Angehörigen der Gesundheitsberufe jedoch nur wenig akzeptiert. So wurden kaum Ärzte und Psychologen in diesem Bereich ausgebildet. Vielmehr waren engagierte Laien mit entsprechenden Vorerfahrungen in der Erwachsenenbildung, aber auch Berufsanfänger aus verschiedenen Gesundheitsberufen bereit, sich für das Thema Raucherentwöhnung zu interessieren, sich ausbilden zu lassen und entsprechende Kurse anzubieten. In den neunziger Jahren nahmen Krankenkassen mit ihrem Auftrag, Prävention und Gesundheitsförderung zu betreiben, Raucherentwöhnung in ihr Programm auf. Als jedoch der diese Versorgung regelnde Paragraph 20 des SGB V geändert wurde und somit die Finanzierung über Krankenkassen nicht mehr möglich war, gab es einen großen Einbruch in den Angeboten der verhaltenstherapeutisch orientierten Raucherentwöhnung. Erst seit kurzem haben die gesetzlichen Krankenkassen wieder die Möglichkeit, die Maßnahmen zur Raucherentwöhnung zu erstatten. Jedoch sind sie nicht in der Lage, eine entsprechende Infrastruktur für diese Angebote aufzubauen. Die Raucherentwöhnung ist weiterhin in dem Bereich Prävention angesiedelt und fällt nicht in den Bereich Behandlung psychischer Störungen, wie man es aufgrund der internationalen Klassifikationen psychischer Störungen fordern könnte. Dies bedeutet auch, dass über die Kassenärztliche Vereinigung keine Vergütung für die Anbieter von Gesundheitsmaßnahmen (Ärzte, Psychotherapeuten, andere Heilhilfsberufe) vorgesehen ist. So ist es auch unwahrschein-

lich, dass diese Berufsgruppen sich zukünftig in der Raucherentwöhnung in so einem Ausmaß engagieren werden, dass der zu erwartende Bedarf an Maßnahmen gedeckt werden kann.

Als logische Konsequenz aus der Tatsache, dass es sich bei vielen Rauchern um eine Abhängigkeitserkrankung handelt und dass für diese Erkrankung ein spezielles therapeutisches Wissen notwendig erscheint, das insbesondere aus dem Suchtbereich herleitbar ist, klingt die Forderung plausibel, Raucherentwöhnung über die Suchtkrankenhilfe anzubieten. Die Suchtkrankenhilfe ist eine gewachsene Struktur, die sich seit vielen Jahren mit der Thematik der Abhängigkeitserkrankungen beschäftigt und deren Professionalisierung weit fortgeschritten ist. Die Kostenerstattung für die Behandlung Suchtkranker und die Finanzierung der Beratungsstellen hat sich in den letzten Jahren flexibilisiert. So werden Gelder aus verschiedenen Quellen in Beratungsstellen zusammengefasst. Von daher ist aus fachlicher wie auch aus organisatorischer Sicht zu fordern, dass sich die Suchtkrankenhilfe zukünftig intensiv mit dem Thema Raucherentwöhnung und mit der Bereitstellung entsprechender Angebote beschäftigt.

Literatur:

DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M.H. (1991), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Bern, Göttingen, Toronto: HUBER

IFT - Institut für Therapieforschung (1997), Rauchfrei in 10 Schritten, Baltmannsweiler: Schneider

KRÖGER, C. (2000), Raucherentwöhnung in Deutschland, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Nikotinvergiftung und Trinkerheilanstalten seit 1930

Prof. Dr. med. Klaus-Dietrich Stumpfe

Forschungsstelle Rauchen und Nikotinabhängigkeit

Fachhochschule

Fachbereich Sozialarbeit

Universitätsstr. 1

40225 Düsseldorf

Inhalt

I. Beziehungen zwischen Alkoholtrinken und Nikotinrauchen

II. Geschichte

III. Rauchen bei Alkoholikern

1. Fakten
2. Warum rauchen die Alkoholiker soviel?
3. Die Motivation zur Rauchabstinenz

IV. Warum wollen die Ex-Alkoholiker nicht mit einer gleichstarken Motivation das Rauchen beenden?

V. Unterschiede zwischen Alkoholikern und Nikotinikern

VI. Schlusswort

Literatur

I. Beziehungen zwischen Alkohol-trinken und Nikotin-rauchen

Mein Interesse an dem Thema entstand vor ca. 25 Jahren. In der Aera vor der Einführung des Nikotinersatzes habe ich in Gruppentherapien größere Gruppen mit ca. 30 Teilnehmern als Arzt während der Tabak-Entwöhnung begleitet. In diesen Gruppen waren oft 1- 2 Alkoholiker dabei, die sich mir offenbarten.

Seitdem weiß ich, dass einige Ex-Alkoholiker auch mit dem Rauchen aufhören wollen. Diese berichteten auch, dass anderen Mitglieder der Selbsthilfe-Gruppen auf eine Rauchabstinenz oft abwehrend reagierten.

In den letzten zehn Jahren besteht ein vermehrtes Interesse an dem Thema, besonders in Amerika, und es werden darüber in der letzten Zeit mehr Untersuchungen veröffentlicht.

Viele Faktoren sind aber noch unklar bzw. die Forschung ist noch im Fluss. Viele Untersuchungen wurden im Labor durchgeführt und dadurch spiegeln sie nur sehr begrenzt die reale Situation im Alltag wider. Ebenfalls gibt es Tierversuche, wie zurzeit in der ganzen Suchtforschung.

Ich werde deswegen keine genauen Zahlen angeben und auch nicht auf konkrete Einzelheiten der Untersuchungen eingehen. Was ich hier ausführe, ist mehr oder weniger bewiesen und weitgehend übereinstimmende Meinung in der Literatur bzw. der Fachleute. Einige Untersuchungen zitiere ich exemplarisch.

Da diese Fragen nicht das Hauptthema der Tagung sind, steht wenig Zeit

für diese umfangreiche Problematik zur Verfügung. Deswegen kann ich auch nur Hinweise auf die Probleme und die Ergebnisse der Untersuchungen vortragen. Es wäre zu wünschen, dass vielleicht auf einer späteren Tagung zu dem Thema „Alkohol und Nikotin“ diese Probleme ausführlich diskutiert werden.

II. Geschichte

„Sehr häufig addieren sich die Wirkungen der erwähnten Intoxikationen. Starke Trinker sind gewöhnlich auch starke Raucher“ (STINTZING 1910).

„Viel wichtiger, aber auch längst studiert, ist die Kombination mit dem Alkoholismus: dass starke Trinker auch oft starke Raucher sind, ist ja allgemein bekannt: dass aus dieser Kombination schwere Krankheiten resultieren, wird wohl niemand bezweifeln“ (FRANKL-HOCHWART 1912).

„Nikotinsucht, Alkoholismus, Morphinsucht und Kokainismus sind gleichgeartet... Wenn wir unsere Trinker heilen wollen, so müssen wir sie zugleich auf Lebenszeit vom Nikotin entwöhnen“ (HILDEBRANDT 1931).

Heute wird viel mehr geraucht, auch öffentlich. Da hätten die Kollegen sicher gestaunt über das heutige Ausmaß des Rauchens. Diese Feststellungen - von vor 100 und vor 70 Jahren - gelten aber heute immer noch bzw. wohl erst recht. Die Situation ist heute noch viel schlimmer, in dem Sinne, dass heute mehr konsumiert wird.

III. Rauchen bei Alkoholikern

Die Problematik wird hier in einigen Kernaussagen dargestellt.

1. Fakten

1.1 Rauchen ist bei Alkoholikern weit verbreitet, d. h. Alkoholiker sind (meist) auch „Nikotiniker“.

Die Angaben in den Untersuchungen liegen zwischen 80 - 90%.

1.2 Alkoholiker rauchen mehr Zigaretten.

Der Zigarettenkonsum verschiebt sich bzw. vermehrt sich im Durchschnitt während einer Entgiftung.

Eine Untersuchung aus der letzten Zeit (HARRIS 2000) soll ausführlich dargestellt werden. 135 Patienten einer stationären Alkohol- und Drogen-Entgiftungsstation in London wurden untersucht. Bei der Aufnahme waren 92% Raucher, die durchschnittlich 27 Zigaretten/Tag rauchten.

83 Patienten wurden nach einer Woche der Behandlung erneut befragt:

Vielraucher (40 und mehr Zig./Tag) verringerten ihren Konsum um durchschnittlich 10,5 Zig./Tag;

Mäßigraucher (20-39 Zig./Tag) vermehrten ihren Konsum um durchschnittlich 4,9 Zig./Tag und

Wenigraucher (1-19 Zig./Tag) vermehrten ihren Konsum um durchschnittlich 8,6 Zig./Tag.

Alle Patienten rauchten jetzt durchschnittlich 30 Zig./Tag.

Die Vielraucher hatten also ihren Konsum reduziert, die Wenigraucher hatten ihn erhöht.

1.3 Abstinente Alkoholiker bleiben (meist) weiterhin Nikotiniker.

Eine Erläuterung erübrigt sich hierzu, da keine Behandlung der Nikotinabhängigkeit erfolgt.

1.4 Viele abstinenten Alkoholiker sterben deswegen frühzeitig an rauchbedingten Krankheiten.

HURT u. a. (1996) untersuchten die Ursachen der Sterblichkeit nach einer stationären Behandlung von Abhängigkeitskranken. In einem Zeitraum von 10 - 20 Jahren verstarben 222 Patienten und von 96% (= 214) konnten die Totenscheine ausgewertet werden. Das Ergebnis war, dass 50,9 % eine tabakbezogene und 34,1% eine alkoholbezogene Todesursache aufzeigten.

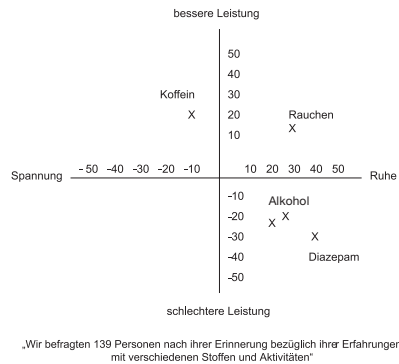
2. Warum rauchen die Alkoholiker soviel?

2.1 Alkohol wirkt im Gehirn an mehreren Transmitter-Systemen und auch an den Nikotinrezeptoren.

Das Nikotin führt zu einer Erregung, die die Sedierung bzw. Dämpfung des Alkohols vermindert oder aufhebt (Abb. 1).

Diese beiden Abhängigkeiten sind anscheinend getrennte oder unabhängige psychische Störungen im Sinne einer Komorbidität. Wenn es eine begleitende Symptomatik wäre, müsste sich die Nikotinabhängigkeit nach der Hei-

Abb. 1: **Prozentsatz der Veränderung in Leistung und Stimmung**



lung der Alkoholabhängigkeit zu-rückbilden.

3. Die Motivation zur Rauchabstinenz

3.1 Alkoholiker und Ex-Alkoholiker sind an einer Rauchabstinenz interessiert.

Der Hauptgrund sind hier auch die gesundheitlichen Schäden. Ca. 40 - 50% der befragten Alkoholiker gaben an, an einer Raucherentwöhnung Interesse zu haben.

3.2 In Behandlung befindliche Alkoholiker und Ex-Alkoholiker können das Rauchen beenden.

Die wenigen diesbezüglichen Untersuchungen aus Amerika über Raucherentwöhnung bei Alkoholikern geben Abstinenzserfolge von 8 - 10% an. Manchmal auch deutlich höhere Werte.

3.3 Eine Raucherentwöhnung scheint die Ergebnisse der Alkoholtherapie zu verbessern.

Das ist auch verständlich; wenn ein Mensch sich von allen stoffgebundenen Abhängigkeiten löst bzw. einen klaren Schlussstrich zieht, sind auch seine Chancen besser, nicht wieder mit dem einen oder dem anderen Stoff anzufangen.

3.4 Eine Raucherentwöhnung scheint die Rückfallgefahr zum Alkohol nicht zu verstärken.

Die Argumente wie oben treffen hier wohl ebenso zu: eine klare Distanz zu allen Suchtstoffen.

3.5 Die normalen Nikotintherapien scheinen auch für die Alkoholiker geeignet zu sein - aber mit häufigeren Rückfällen.

Da es hier allein um die Abstinenz vom Nikotin geht, ist es verständlich, dass die Methodik auch gleich wirksam ist.

3.6 Spezielle Formen einer Nikotintherapie bei Alkoholikern sind noch nicht erprobt.

3.8 Eine Ausbildung der Suchtberaterinnen und -berater über die Wirkungen und die Therapie der Nikotinabhängigkeit erhöht die Sensibilität für die Probleme der Raucher.

Das ist das Ergebnis einer entsprechenden Untersuchung in Amerika und dies dürfte ebenso auf deutsche Verhältnisse zutreffen.

IV. Warum wollen die Ex-Alkoholiker nicht mit einer gleichstarken Motivation das Rauchen beenden ?

In diesem Zusammenhang ist das eine wichtige Frage. Es hätte ja sein können, dass mit dem Abstinenzwunsch gegenüber Alkohol auch ein genauso starker Wunsch zur Nikotinabstinenz entsteht.

Ex-Alkoholiker sind Suchtexperten bzw. Experten in eigener Sache

- durch ihre eigenen Erfahrungen und (eventuell)
- durch die Therapie.

In der französischen Schweiz wurden im Jahre 1997 (ZULLINO 2000) insgesamt 88 Alkoholiker, die sich in einem stationären universitären Entzugsprogramm befanden, über ihre Bereitschaft befragt, das Rauchen zu beenden und über eventuelle diesbezügliche Barrieren. Es wurden die bekannten Entzugsbeschwerden angegeben.

Bei den verschiedenen Stadien der Bereitschaft mit dem Rauchen aufzuhören zeigten sich signifikante Differenzen. Von den Alkoholikern, die sich im Stadium der Überlegung und der Planung zu einer Nikotinabstinenz befanden, gab

- ein Drittel an, dass der „Verlust an Lust“ (Loss of pleasure) ein Hindernis sei

gegen

- zwei Drittel im Stadium eines Rückfalles oder ohne entsprechende Absicht.

Beim Rauchen wird durch das Nikotin ein Lustgefühl erzeugt, auf das der Nicht-Entwöhnungswillige nicht verzichten will oder kann. Diese Wirkung ist der entscheidende Faktor des Rauchens und dürfte wohl bei Alkoholikern und Nicht-Alkoholikern gleich sein.

V. Unterschiede zwischen Alkoholikern und Nikotinikern

Zwischen Alkoholabhängigen und Nikotinabhängigen gibt es eine Reihe von weiteren Unterschieden.

Der Nikotiniker erlebt oder hat

- a) keine Berauschung oder Störung der Bewusstheit,
- b) keine Beeinträchtigung der Hirnleistung,
- c) keine speziellen psychosozialen Schädigungen, z. B. Beruf, Familie usw.,
- d) kein negatives mitmenschliches oder gesellschaftliches Image,
- e) keine Änderung der Lebenssituation bei einem Rückfall (!),
- f) die körperliche Schädigung allein durch das Rauchen ist natürlich geringer als bei dem Konsum beider Suchtstoffe.

Der „exalkoholische Nikotiniker“ hat also eine deutlich geringere Beeinträchtigung seines Lebens als in der Zeit als Alkoholiker. Bei dem Vergleich kann er natürlich sagen, dass Rauchen - insgesamt gesehen - gar nicht so schlimm wie früher ist.

VI. Schlusswort

Antwort eines Alkoholikers auf die Frage: „Erleben Sie einen Unterschied zwischen der Alkohol- und der Nikotinabhängigkeit?“ (OLM 1992)

„Alkohol zerstört das Leben - Nikotin auch, aber viel unauffälliger.“

Wenn rauchende Alkoholtrinker ganz geheilt werden sollen, müssen sie auch zugleich vom Nikotin entwöhnt werden. Wenn das nicht erfolgt, dann ist nur eine Hälfte des Menschen geheilt worden, die andere Hälfte bleibt weiterhin abhängig.

Auf Grund der oben dargestellten Fakten ist die Forderung zu erheben, dass jede Suchteinrichtung eine/n Raucherbeauftragte/n haben sollte, um allen Alkoholikern die Problematik zu verdeutlichen und ihnen, wenn sie es wünschen, bei einer Entwöhnung eine Hilfe zu sein. Dazu ist aber eine spezielle Ausbildung über das Rauchen erforderlich.

Literatur

FRANKL-HOCHWART, L. v.: Die nervösen Erkrankungen der Tabakraucher, Hölder, Wien, 1912, S. 62

HILDEBRANDT, W. : Nikotinvergiftung und Trinkerheilanstalt, Blätter für praktische Trinkerfürsorge 1931, 15, 24 - 27

HARRIS, J.; D. BEST; L. MAN u.a.: Changes in cigarette smoking among alcohol and drug misusers during inpatient detoxification, Addiction Biology 2000, 5, 443 - 450

HURT, R.; K. OFFORD; I. CROGHAN u. a.: Mortality following inpatient addictiontreatment, J. American Medical Association 1996, 275, 1097 - 1103

OKM, H.-P.: Raucherentwöhnung in der ambulanten Arbeit mit Alkoholabhängigkeit, Die berufliche Sozialarbeit 1992, Heft 2, S. 28 - 32

STINTZING, R.: Allgemeine Prophylaxe und Diätetik der Krankheiten des Nervensystems, in PENZOLDT, F. u. STINTZING, R.: Handbuch der Therapie. 4. Bd., Fischer, Jena, 1910, S. 18

ZULLINO, D., J. BESSON; Ch. SCHNYDER: Stage of change of cigarette smoking in alcohol-dependent patients, European Addiction Research 2000, 6, 84 - 90

Weitere Literatur beim Verfasser.

Strategien der Raucherentwöhnung I - Gegenwärtige Methoden und neue Zielrichtungen in der medikamentösen Behandlung

Priv. Doz. Dr. Anil Batra

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Osianderstraße 24
72076 Tübingen

Inhalt

I. Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

II. Der Stellenwert der Nikotinsubstitution

1. Nikotinkaugummi
2. Nikotinpflaster
3. Nikotinnasenspray

III. Diskussion

Literatur

I. Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

Vielen Raucherinnen und Rauchern ist trotz des Wissens um die gesundheitsschädigenden Wirkungen des Tabakkonsums eine Tabakabstinenz nicht möglich. Neben den durch Lernvorgänge fest verankerten Verhaltensweisen und den mangelhaften Copingsstrategien für rückfallgefährliche „Versuchungssituationen“ stellen Entzugssymptome (vermehrte Irritierbarkeit, verminderte Frustrationstoleranz, dysphorische oder depressive Stimmung, Ärger, Aggressivität, Angst, Konzentrationsstörungen, Unruhe, eine relative Bradykardie, Schlafstörungen, gesteigerter Appetit und Rauchverlangen (Craving)) die wichtigsten Rückfallgründe dar.

Hier setzen die Raucherentwöhnungsprogramme an: Während verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppen- oder Einzeltherapien die Fertigkeiten des Rauchers erhöhen sollen, mit rückfallkritischen Situationen und Rückfälligkeit besser umgehen zu lernen, soll die initiale medikamentöse Unterstützung die Entzugssymptome zu Beginn der Abstinenz unterdrücken. Im Folgenden sollen die verfügbaren medikamentösen Therapieformen vorgestellt werden.

Unter den **medikamentösen Verfahren** stehen die vorübergehende Unterstützung mit **Nikotin** (Nikotinpflaster, -kaugummi, oder -nasenspray) oder mit dem Antidepressivum **Bupropion** als die zur Zeit wirkungsvollsten Methoden zur Verfügung. Die Nikotिंगabe kann als Substitutionsbehandlung verstanden werden, während Bupropion ein völlig anderes Wirkprinzip verfolgt.

II. Der Stellenwert der Nikotinsubstitution

Nikotinpräparate haben einen wichtigen, unverzichtbaren Stellenwert innerhalb der Raucherentwöhnungstherapie (FAGERSTRÖM 1991).

Nikotin wurde 1983 erstmals als Medikament zugelassen. Seither wurde eine Reihe von Darreichungsformen entwickelt: Zur Verfügung stehen in Deutschland Nikotinpflaster, -kaugummi und -nasenspray. Zugelassen, wenn auch nicht im Handel befindlich, sind außerdem die Nikotintablette und der Nikotininhaler.

Im Folgenden beziehen sich die Darlegungen auf die im Handel befindlichen Präparate.

Mit allen Nikotinersatzpräparaten soll der Entwöhnungsprozess erleichtert werden. Raucherinnen und Raucher haben also die Chance, sich mit der Abstinenzvorbereitung, -einhaltung und -bewahrung ohne eine hinderliche Entzugssymptomatik auseinanderzusetzen. Dem Prinzip der Nikotinsubstitution liegt die Nikotinzufuhr zur Abmilderung der Entzugssymptomatik, wie z.B. Reizbarkeit, Herzklopfen, erniedrigter Blutdruck, Müdigkeit, Hungergefühl, Schlafstörungen, Verdauungsstörungen, Frustration, Konzentrations-schwierigkeiten und des Rauchverlangens zu Grunde, wenn auch unterschiedliche Strategien hierfür gewählt werden.

Nikotinkaugummi und Nikotinnasenspray können beim Auftreten von Entzugssymptomen kurzfristig eingesetzt werden. Das Nikotinpflaster dagegen baut einen gleichmäßigen Nikotinspiegel im Blut auf, der Entzugssymptome und insbesondere das Rauchverlangen gar nicht erst aufkommen lassen soll.

Die Verträglichkeit der Nikotinersatzprodukte ist bei bestimmungsgemäßer Anwendung gut. Die Gefahr der Entstehung einer neuen Abhängigkeit scheint bei allen Applikationsformen gering. Nur wenige Ex-Raucher wenden regelmäßig über längere Zeit Nikotinkaugummi oder -nasenspray an. Das Pflaster scheint überhaupt keine Abhängigkeit hervorzurufen.

1. Nikotinkaugummi

Das Nikotinkaugummi hat sich in zahlreichen placebokontrollierten Studien als effektiv erwiesen (SILAGY et al 1994). Nebenwirkungen können als Reizungen im Magen-Darm-Bereich auftreten; Prothesenträgern ist die Anwendung nicht zu empfehlen. Nikotinkaugummi steht in zwei Dosierungen zur Verfügung: 2 mg und 4 mg. Die höhere Dosierung soll eine höhere Effektivität aufweisen. Der maximale Nikotinspiegel wird bei beiden Formen innerhalb von 30 min erreicht. Der Einsatz von Nikotinkaugummi wird leicht- und mittelschwer abhängigen Rauchern empfohlen. Nur in sehr seltenen Fällen kommt es zu einer Abhängigkeitsentwicklung von Nikotinkaugummi (HURT et al 1995).

2. Nikotinpflaster

Die Pflasterbehandlung ist in Deutschland seit 1990 zugelassen.

Während der Behandlung – am besten über einen Gesamtzeitraum von 8 - 12 Wochen – wird täglich ein neues Pflaster appliziert. Begonnen wird in der Regel mit der höchsten der drei verfügbaren Pflasterdosierungen, nach jeweils 2-4 Wochen wird die Dosierung um eine Stufe gesenkt.

Derzeit sind zwei verschiedene Pflastersysteme mit unterschiedlicher Applikationsdauer (von 16 bzw. 24 Stunden) im Handel; Unterschiede in der Wirksamkeit konnten bislang nicht nachgewiesen werden. Die Hautverträglichkeit des Nikotinpflasters wird als gut beschrieben. Aus suchttherapeutischer Sicht liegt der wesentliche Vorteil dieser Anwendung in der Entkoppelung des Zufuhrverhaltens von der Substanzwirkung.

Als Voraussetzungen für eine erfolgreiche Pflasterbehandlung werden neben einer guten Eingangsmotivation der Teilnehmenden eine ausreichende Dosierung der Nikotinersatztherapie und eine ausreichende Behandlungslänge über wenigstens drei Monate genannt (GLOVER 1993).

3. Nikotinnasenspray

Nikotinnasenspray ist in Deutschland seit Ende 1997 im Handel erhältlich. Es ist die einzige verfügbare Darreichungsform, die noch rezeptpflichtig ist.

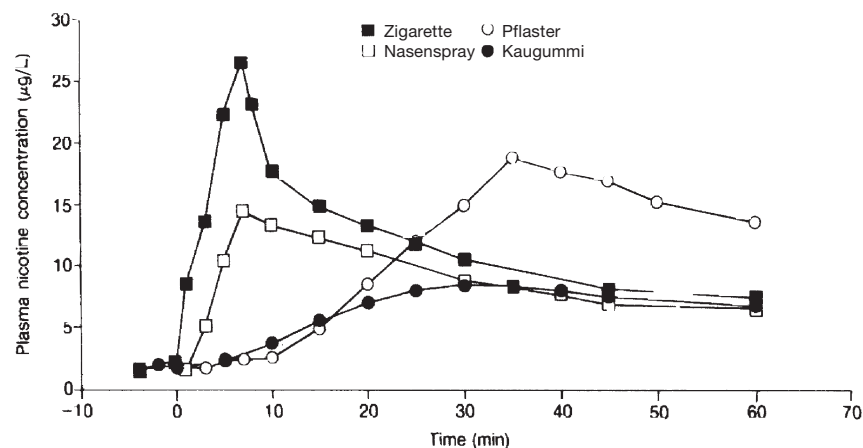
Vor allem schwer abhängige Raucherinnen und Raucher scheinen von der nasalen Nikotinsubstitution besser zu profitieren als von Nikotinpflaster oder -kaugummi. Nikotinnasenspray hat gegenüber dem Kaugummi den Vorteil der rascheren und effektiveren Substitution (maximale Nikotinspiegel werden bereits nach ca. 10 Min erreicht). In mehreren Studien wurden langfristige Erfolgsquoten von 18% - 27% erzielt (HJALMARSON et al. 1994, SCHNEIDER et al. 1995) – damit gilt das Nasenspray als effektivste Form der Nikotinsubstitution. Nebenwirkungen treten - zumindest zu Behandlungsbeginn - häufiger auf als bei den anderen Substitutionsformen. Die häufig berichteten starken Irritatio-

nen der Schleimhäute lassen allerdings nach den ersten Tagen nach und werden bereits nach einer Woche gut toleriert. Der Einsatz ist insbesondere auch bei Rauchern mit Unverträglichkeiten gegenüber Nikotinkaugummi oder -pflaster gut möglich.

Das Abhängigkeitspotential von Nikotinnasenspray ist durch die Freigabe

von relativ hohen Nikotinmengen und die relativ rasch ansteigenden Nikotinspiegel im Blut höher als das von Nikotinkaugummi oder -pflaster (siehe Abbildung 1).

Abb. 1: Pharmakokinetik von Nikotin bei verschiedenen Substitutionspräparaten (aus: JARVIK & SCHNEIDER, 1992)



Verschiedene Metaanalysen belegen die Effizienz der verschiedenen Nikotinersatztherapien im Vergleich mit einer Placebobehandlung. Die Nikotinsubstitution scheint die Abstinenzwahrscheinlichkeit im Rahmen eines Entwöhnungsversuches nahezu zu verdoppeln (siehe Abb. 2). Umfangreiche Untersuchungen zur Effektivität

der Nikotinersatztherapie wurden von der Cochrane Research Group ausgewertet und in einer Metaanalyse dargestellt. Die Wirksamkeit einer Tabakentwöhnungstherapie wird demnach durch die Gabe von Nikotin um den Faktor 1,7 gesteigert. Die relative Wirksamkeit variiert wenig zwischen den einzelnen Darreichungsformen.

Abb. 2: Effektivität der Nikotinersatztherapie (aus: SILAGY et al, Cochrane Database 4/2000)

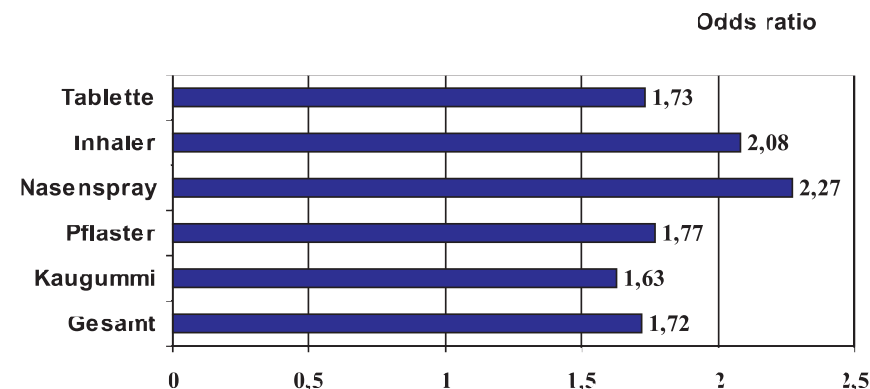
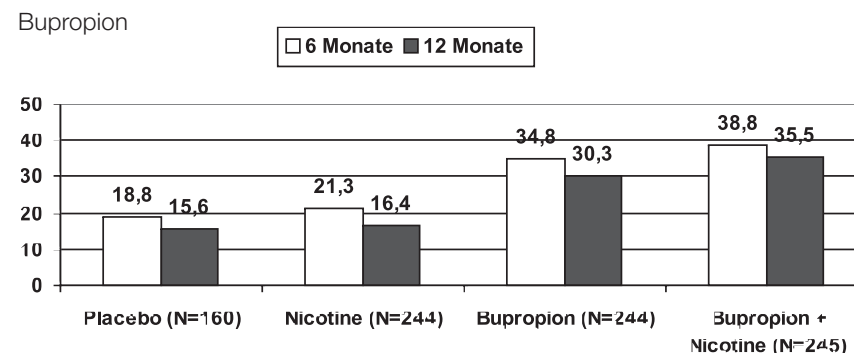


Abb. 3: Effektivität von Bupropion in der Raucherentwöhnung (Punktprävalenz nach 12 Monaten, Quelle: JO-RENBY et al 1999)



Einen neuen Ansatz verfolgt das im Juli 2000 zugelassene Entwöhnungsmittel Bupropion (Zyban). Bupropion erfuhr in den USA 1988 zunächst eine Zulassung als Antidepressivum. Die Wirkung als Medikament zur Unterdrückung des Rauchverlangens wurde erst später entdeckt. 1997 wurde die Substanz in den USA zur Raucherentwöhnung zugelassen. Die Aminoketon-Verbindung wirkt vermutlich über eine zentrale Wiederaufnah-

mehehmung von Noradrenalin und Dopamin. Dies erklärt sowohl Wirkweise (Reduktion von Rauchverlangen und Gewichtszunahme) als auch das Nebenwirkungsprofil (Schlafstörungen, Mundtrockenheit, Kopfschmerzen und Übelkeit) der Substanz. Anwender berichten über eine signifikante Reduktion des Rauchverlangens. Raucher mit einer Zuckerkrankheit, einer Epilepsie oder einer psychischen Erkrankung sollten das Medika-

ment allerdings wegen der Gefahr von Nebenwirkungen (insbesondere des Auftretens von epileptischen Anfällen bei Patienten, die hierzu eine Prädisposition aufweisen) nur in Rücksprache mit ihrem Arzt einnehmen.

In der umfangreichsten Studie, die bislang zu dieser Substanz vorliegt, ist der Wirkstoff der Placebobehandlung eindeutig überlegen (Abb.3, JORENBY et al. 1999). Allerdings wird sich erst in den nächsten Jahren endgültig beurteilen lassen, ob die Substanz auch anderen Therapiestrategien überlegen ist, ob das Nebenwirkungsprofil den breiten Einsatz ermöglicht und ob die Substanz in bestimmten Untergruppen (z.B. Raucher mit depressiven Episoden in der Anamnese) eine besonders hohe Effektivität besitzt.

III. Diskussion

Die Abstinenzfolge mit Hilfe der medikamentösen Behandlungen sind angesichts der geringen spontanen Abstinenzquote von weniger als 5% langfristigem Erfolg respektabel, andererseits auch wieder als nur „mäßig“ zu bezeichnen. Die langfristige Abstinenzwahrscheinlichkeit liegt selbst bei Anwendung multimodaler Therapien (Kombinationen aus medikamentösen Entwöhnungshilfen und verhaltenstherapeutischer Unterstützung) oft unter 30%. Insbesondere stark abhängige Raucher, sowie Raucher mit comorbiden Störungen (z.B. Drogen- oder Alkoholabhängigkeit oder Depressionen) haben geringe Abstinenzaussichten - diese liegen zumeist noch unter 10%. Durch die Entwicklung sogenannter risikogruppenspezifischer Programme könnte in Zukunft

die Effektivität und die Akzeptanz von Raucherentwöhnungsbehandlungen erhöht werden. Zielgruppen sind Raucherinnen und Raucher, die aufgrund besonderer gesundheitlicher Gefährdungen dringend einer wirksamen Therapie zugeführt werden sollten, oder starke Raucher, die auch in üblichen, professionell geleiteten Raucherentwöhnungsbehandlungen (Verhaltenstherapie und Nikotinsubstitution) geringe Abstinenzaussichten haben.

Abschließend soll betont werden, dass sich die Wirksamkeit einer medikamentösen Behandlung nur in Verbindung mit einer zusätzlichen motivierenden oder besser noch verhaltenstherapeutischen Unterstützung entfalten kann. Weder Motivationsarbeit noch Fertigkeiten im Umgang mit Versuchungssituationen lassen sich durch ein Medikament ersetzen! Die medikamentöse Behandlung ist stets wirksamer, wenn begleitend verhaltenstherapeutische Beratungen oder Unterstützungen gegeben werden. Andernfalls werden im klinischen Alltag bedeutend niedrigere Erfolgsraten (um 5%) erreicht, als in den wissenschaftlichen Studien berichtet wurden (RINGBECK 1994).

Literatur

FAGERSTRÖM KO, Towards better diagnoses and more individual treatment of tobacco dependence. Br J Addict. 1991; 86:543-547

GLOVER ED, What can we expect from the nicotine transdermal patch? A theoretical/practical approach, Health Values. 1993; 17:69-79

HJALMARSON A, FRANZON M, WESZIN A, WIKLUND O, Effect of nicotine nasal spray on smoking cessation, Arch Intern Med. 1994; 154:2567-2572

HURT RD, OFFORD KP, LAUGER GG, MARUSIC Z, FAGERSTRÖM KO, ENRIGHT PL, SCANLON PD, Cessation of long-term nicotine gum use - a prospective, randomized trial, Addiction, 1995b; 90:407-413

JARVIK ME, SCHNEIDER NG, Nicotine. In: LOWINSION JH, RUIZ P, MILLMAN RB (eds). Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, Ed II. Baltimore, Md, Williams and Wilkins, 1992

JORENBY DE, LEISCHOW SJ, NIDES MA, RENNARD SI, JOHNSTON JA, HUGHES AR, SMITH SS, MURAMOTO ML, DAUGHTON DM, DOAN K, FIORE MC, BAKER TB, A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation, N Engl J Med. 1999; 340:685-689

RINGBECK DM. Raucherentwöhnung mit dem Nikotinpflaster - Niedrige Erfolgsquoten unter Alltagsbedingungen, Fortschr Med. 1994; 112-336

SCHNEIDER NG, OLMSTEAD R, MODY FV, DOAN K, FRANON M, JARVIK ME, STEINBERG C, Efficacy of a nicotine nasal spray in smoking cessation: A placebo controlled, double blind trial, Addiction, 1995; 90:1671-1682

SILAGY C, MANT D, FOWLER G, LANCASTER T (2000), Nicotine replacement therapy for smoking cessation, Cochrane Database, Issue 4, 2000. Oxford

SILAGY CA, MANT DC, FOWLER GH, LODGE M, Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation, Lancet, 1994; 343:139-142

Strategie der Raucherentwöhnung II - gegenwärtige Methoden und neue Zielrichtungen in der psychothera- peutischen Behandlung

Prof. Dr. med. Klaus-Dietrich Stumpfe

Forschungsstelle Rauchen und Nikotinabhängigkeit

Fachhochschule

Fachbereich Sozialarbeit

Universitätsstr. 1

40225 Düsseldorf

Inhalt

I. Die psychotherapeutischen Angebote in der Raucherentwöhnung

Schädigung der Gesundheit ist Hauptmotiv

II. Methoden zur Entwöhnung

1. "Die Alleinaufhörer"
2. Ratgeberbücher zur Raucherentwöhnung
3. Richtlinie für die Raucherentwöhnung
4. Hypnose und Akupunktur
5. Nulltherapie
6. Raucherberatung
7. Placebo-Wirkung

III. Psychotherapie bei der Nikotinentwöhnung

IV. Faktoren der Nikotintherapien

1. Starke oder geringe Motivation
2. Gewohnheit oder Abhängigkeit
3. Langsames Heruntergehen oder Sofort-Stopp
4. Ausführliche oder keine Informationen
5. Kurze oder lange Dauer
6. Ratschläge bzw. Hilfen für das Verhalten
7. Entzugsbeschwerden
8. Nachbetreuung
9. Einzeltherapie oder Gruppentherapie
10. Rückfall

V. Der heutige Stand der psychotherapeutischen Behandlungsstrategien

VI. Schlusswort

Literatur

I. Die psychotherapeutischen Angebote in der Raucherentwöhnung

Tabakrauchen erzeugt im Körper - wie alle anderen Suchtstoffe - Veränderungen der Gefühle. Bevor man sich mit dem Thema näher befasst, muss eine Frage geklärt werden: **Warum rauchen so viele Menschen?**

Das Nikotin im Tabak ist der Stoff, der im Körper als Suchtstoff seine Wirkungen erzeugt. Es geht hier um psychische Wirkungen, die schwer zu beschreiben sind. Ganz allgemein wird von Rauchern angegeben: **Gefühle von Entspannung, von Wohlsein und einer mäßigen Aktivierung.** Diese Wohlgefühle entstehen aus dem Körper heraus - also körperliche Lustgefühle. Es sind keine von außen erzeugten Gefühlszustände, wie Freude, Spaß, Lustigsein, Lachen, Glücklichkeit usw.

MANTEGAZZA (1928) berichtete in seinem Buch: "Die Physiologie des Genusses" über die physiologischen Wirkungen des Nikotins: "...versetzen das allgemeine Empfindungsvermögen in einen eigenartig erregten Zustand, das sich bis zur Lust steigern kann."

Sigmund FREUD schrieb in privaten Briefen an seinen Arzt-Freund Fließ im Zusammenhang mit seinem Nikotinkonsum: "...dass die Masturbation die einzige große Gewohnheit, die 'Ur-sucht' ist, als deren Ersatz und die Ablösung erst die anderen Süchte nach Alkohol, Morphin, Tabak etc. ins Leben treten."

Freud litt damals - im Jahre 1897, im Alter von 41 Jahren - unter Herzbe-

schwerden und Fließ riet ihm, das Rauchen aufzugeben. Freud war ein Vielraucher mit ca. 20 Zigarren pro Tag. Er versucht hier als rauchender Mensch sich darüber klar zu werden, was ihn so stark an das Nikotin bindet oder davon abhängig macht.

Die Masturbation hat das Ziel, einen Orgasmus auszulösen, das größte körperliche Lustgefühl. Freud stellt hier einen deutlichen Zusammenhang mit dem Rauchen her.

Diese Aussagen hier gelten grundsätzlich nur für Freud.

Insgesamt wird deutlich, dass die Nikotinwirkung in Richtung einer körperlichen Lust liegt, d. h. einer Lust, die im Körper entsteht.

Eine zweite Frage ist vor der Behandlung des Themas zu erörtern:

Welches ist der Hauptgrund für die Motivation zu einer Rauchabstinenz?

Was bewegt einen Raucher zu überlegen, ob er nicht besser das Rauchen aufgeben sollte?

Wenn mir Ex-Raucher berichten, dass sie vor Kurzem aufgehört haben mit dem Rauchen, dann frage ich sie immer, aus welchem Grund sie denn aufgehört haben.

Zuerst kommt dann oft ein vage allgemeine Antwort. Wenn ich dann weiter frage, stellt sich fast immer ein gesundheitlicher Grund heraus. Entweder die Ex-Raucher haben bei sich selbst eine nachlassende körperliche Leistungsfähigkeit bzw. beginnende Krankheitssymptome bemerkt oder ein Raucher in der Familie, Bekantschaft usw. ist an einer rauchinduzierten Krankheit erkrankt.

Die Schädigung der Gesundheit ist das Hauptmotiv.

Jeder Raucher weiß, dass Rauchen schadet, und spürt es an sich selbst. Dies bedeutet, wenn ein Raucher zum Aufgeben motiviert werden soll, dann nur über die Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens. Andere Faktoren wie Abhängigkeit, finanzielle Ausgaben, Vorbildfunktion usw. sind zweitrangig.

Dem Raucher müssen die schon vorhandenen oder in der Zukunft drohenden Schäden aufgezeigt werden: auf ihn persönlich bezogen, klar, deutlich und auch erschreckend. Bei dem Wort "erschreckend" werden vielleicht manche Therapeuten zusammenzucken. Aber mit netten Worten und logischen Darlegungen bewegen wir keinen Raucher, wie es ja allgemein bekannt ist. Es muss eine persönliche Betroffenheit erzeugt werden, wodurch der Raucher ins Grübeln kommt. Das ist der erste Schritt zu einer Entscheidung für eine Abstinenz.

Wir wissen aber auch, dass für viele Abhängige derartige Argumente praktisch keine Kraft besitzen. Ich erinnere an S. Freud, der trotz eines Gaumenkrebses bis zu seinem Tode rauchte.

II. Methoden zur Entwöhnung

1. "Die Alleinaufhörer"

Die Körperschäden beschäftigen den Raucher immer wieder und motivieren ihn - irgendwann - zum Aufhören. Er versucht dann, mit dem Rauchen aufzuhören, und schafft es nicht. Dann weiß er - eventuell nach mehreren Versuchen -, dass er abhängig ist.

Ihm wird auch klar, dass das Problem im wesentlichen in seiner Psyche bzw.

seinem Willen liegt. Deswegen will er es mit eigener Kraft - d. h. alleine - schaffen. Er will sich selbst beweisen, dass er Herr über sich selbst ist. Das sind die "Alleinaufhörer".

Wie viele Raucher schaffen es denn, von allein aufzuhören? Das ist eine wichtige Zahl, die jeder Nikotintherapeut wissen und bedenken muss. Nach den statistischen Befragungen beenden

ca. die Hälfte der Raucher im Laufe ihres Lebens das Rauchen.

(Im Laufe eines Jahres hören ca. 1-2% der Raucher mit dem Rauchen auf.)

Von ganz alleine? Meist suchen sie sich irgendwelche Hilfen, die ihnen behilflich sein könnten, aber sie nehmen keine Hilfe von Fachleuten in Anspruch.

Eine Aufgabe der Raucherberatung besteht darin, einen Teil dieser Raucher früher zu einer Entscheidung bzw. Entwöhnung zu führen.

2. Ratgeberbücher zur Raucherentwöhnung

Das erste Ratgeberbuch in deutscher Sprache erschien - nach meiner Kenntnis - im Jahre 1908 mit dem Titel "Wie gewöhne ich mir das Rauchen ab?" Der Autor empfahl das langsame Heruntergehen mit dem Tabakkonsum.

Seitdem sind ca. 60 weitere entsprechende Bücher veröffentlicht worden und es werden immer noch weitere herausgebracht. Derartige Ratgeberbücher sind wahrscheinlich die erste Hilfe, die ein entwöhnungswilliger Raucher sich besorgt.

Hier ist besonders auf das Buch von Allen CARR "Endlich Nichtraucher"

hinzuweisen, weil es von Hunderttausenden Rauchern in Deutschland und in aller Welt gekauft wurde. Wieweit diese es gelesen haben, weiß ich nicht. Aber der Verkaufserfolg zeigt, dass die Raucher sich bzw. ihre Probleme in diesem Buch wiedergefunden haben.

3. Richtlinie für die Raucherentwöhnung

Eine Richtlinie für die Praxis der Raucherentwöhnung hat das US-amerikanische Gesundheitsministerium herausgegeben (Richtlinie 2000). Hier wurden die wichtigen und wissenschaftlich seriösen (evidence-based) Untersuchungen aus aller Welt meta-analytisch ausgewertet und die zahlreichen Komponenten verglichen, die bei der Entwöhnung eingesetzt wurden. Die Ergebnisse dieser Vergleiche werden im folgenden dargestellt (Übersetzung vom Autor, Seitenzahlen der Originalschrift).

Bei Befragungen von Rauchern gibt ein großer Teil an, dass sie gerne aufhören wollten und machen auch Anläufe oder Versuche. Dies ist meist nur ein einfacher Wunsch und bedeutet nicht, dass dahinter eine klare und eindeutige Entscheidung steht.

Erst dann, wenn der Raucher sich aktiv um Hilfen für die Entwöhnung bemüht, kann ein ernsthafter Wille angenommen werden. Bei den Rauchern, die in der Richtlinie erfasst sind, handelt es sich um Raucher, die sich zu einer Entwöhnung entschlossen haben und ein Angebot zur Raucherentwöhnung bzw. eine wissenschaftliche Untersuchung aufgesucht haben.

Die Abstinenzquoten werden nach mindestens 5 Monaten verwertet (S. 14).

4. Hypnose und Akupunktur

Beides sind anerkannte und weit verbreitete Therapiemethoden in der Medizin. Beide Therapien sind in der Bevölkerung als Methoden der Raucherentwöhnung bekannt und werden von den Rauchern genutzt. In der Fachwissenschaft aber werden sie gering eingeschätzt, weil sie mit der "scharfen" wissenschaftlichen Methodik nicht eindeutig bewertet werden können.

"Die Richtlinie führte keine separate Metaanalyse der Hypnose durch, weil (nur) wenige Studien die Einschluss-Kriterien erfüllten, und diese, die die Kriterien erfüllten, benutzten sehr unterschiedliche hypnotische Prozeduren. Es gab keine allgemeine oder Standard-Interventionstechnik, die analysiert werden konnte." (Richtlinie 2000, S. 68)

Diese Aussage bedeutet, dass die hier benutzten wissenschaftlichen Kriterien die psychische Behandlung mit Hypnose nicht erfassen bzw. bewerten können.

Bei der Bewertung der Akupunktur zeigte es sich, dass die Akupunktur mit einer geschätzten Abstinenzrate von 8,9% gegenüber einer "Placebo-Akupunktur" mit 8,3% "keine Differenz in der Wirksamkeit zwischen den zwei Typen von Prozeduren ergab. Diese Ergebnisse zeigen, dass jeder Effekt der Akupunktur durch Faktoren wie positive Erwartungen bezüglich der Prozedur erzeugt werden dürfte" (Richtlinie 2000, S.67).

Es wurden und werden heute noch zahlreiche Stoffe und Apparaturen zur Raucherentwöhnung angeboten, die hier nicht dargestellt werden können. Diese Angebote werden meist von den "Erfindern" einfach empfohlen

ohne nähere Angaben über die Wirkmechanismen oder wissenschaftliche Untersuchungen.

In letzter Zeit wird von Fachleuten immer mehr empfohlen: Wenn ein Raucher glaubt, dass irgendeine Methode ihm helfen könnte, dann soll man ihm das nicht ausreden.

5. Nulltherapie

Es handelt sich um Raucher, die sich zu einer Entwöhnungsaktivität entschlossen haben - wie oben ausgeführt. Dies ist die Kontrollgruppe im Vergleich der Bewertung der einzelnen Aktivitäten.

Wie die Ergebnisse (Tab. 1) zeigen, hören 10 - 11% der Raucher auf, wenn sie einen ernsthaften Entschluss gefasst haben. Sie haben keine spezielle Prozedur angewandt (= Nulltherapie). Es handelt sich nicht um einen Placebo-Einsatz. Der ärztliche Hinweis ist nur ein einfacher Hinweis - mehr nicht.

6. Raucherberatung

Die nächste oder überhaupt die erste Aktivität im Rahmen einer Raucherentwöhnung wäre dann eine Beratung, die sich auf die verschiedensten Bereiche beziehen kann.

Durch eine Beratung steigert sich die Abstinenzrate auf 16 - 17% (Tab.1). Die ärztliche Beratung bezieht sich dann auch auf die körperliche Situation des Rauchers.

Tab. 1: Vergleich der verschiedenen Arten der Aktivitäten in der Raucherberatung - (Richtlinie 2000, S. 56 - 70)

Arten der Aktivität	Geschätzte Abstinenzrate
keine Methode	10,8 %
keine Beratung	11,2 %
kein Selbsthilfe-Material	14,3 %
Ärztlicher Hinweis zum Aufhören	10,2 %
Individuelle Beratung	16,8 %
Soziale Unterstützung außerhalb der Behandlung	16,2 %
Allgemein-Problemlösung	16,2 %
Ärztliche Beratung	19,9 %

Wenn die Beratungen gut, länger und intensiver sind, dann erhöhen sich die Erfolgsquoten: durch

- eine Verlängerung auf die Dauer von 1 1/2 - 5 Stunden auf 25,5 % bzw. durch
- eine Vermehrung der Zahl der Sitzungen auf mehr als 8 Treffen auf 24,7 %.

Nach der Richtlinie können zur Zeit die Fragen über die Zahl der Tage oder Wochen, über die die Therapie sich verteilt, nicht geklärt werden; ob sich z.B. die Langzeit-Abstinenzraten verbessern, wenn die Mehrzahl der Sitzungen in den ersten Wochen stattfinden oder sich über die Zeit der ganzen Entwöhnung erstrecken (S. 59). Da in dem Bereich der Verteilung der Sitzungen viel experimentiert bzw. untersucht worden ist, ist anzunehmen, dass die zeitliche Verteilung der obigen Vorgaben keine große Rolle spielt, z. B. 5 Tage oder 10 Wochen.

Aus diesen Untersuchungen ergibt sich, dass allein durch ein gute und intensive Beratung Abstinenzquoten von 25% erreicht werden können. Eine derartige Beratung ist allerdings ziemlich aufwendig in der zeitlichen Dimension mit ca. 5 Stunden und ca. 8 Sitzungen. Weiter ist hier eine umfassende Wissenslage der Therapeuten erforderlich, um diese Zeiten mit "ernsthaftem Inhalt" zu füllen.

Diese ausführliche Beratung beinhaltet natürlich auch eine ausführliche Wissensvermittlung an die entwöhnungswilligen Raucher. Dieses Wissen kann nur durch Lehrgänge, die spezielle Kenntnisse über das Rauchen und die damit verbundenen Probleme vermitteln, erreicht werden. Nur der Wille zum Helfen und einige Grundkenntnisse aus dem Suchtbereich - oder auch ein Hochschulstudium - sind in keiner Weise ausreichend.

7. Placebo-Wirkung

Zur Verdeutlichung des psychischen Hintergrundes der Raucherentwöhnung muss über die Wirkung der Placebos (= Tabletten ohne Wirkstoff) gesprochen werden. Ein Placebo ist laut Definition ein Nichts und die Lebenserfahrung sagt: "Von nichts kommt nichts". Also können wir es vergessen. Das macht die Wissenschaft und die Pharmaindustrie. Beide tun so, als könnte man es als ein

Nichts betrachten bzw. es nicht berücksichtigen.

Die Nikotinabhängigkeit ist grundsätzlich ein psychisches Problem und nicht eine körperliche Krankheit, gegen die Tabletten, Nikotinpflaster oder sonstige Therapien eingesetzt werden müssen. Die Motivierung, das Rauchen zu beenden, ist eine psychische Entscheidung und deswegen müssen psychotherapeutische Aktivitäten eingesetzt werden.

Der Begriff "psychotherapeutisch" wird hier ganz allgemein verstanden. Eine Einwirkung auf die Psyche - welcher Art auch immer - mit einer festgelegten Zielrichtung. Ein Placebo - welcher Art auch immer - wirkt dann, wenn der Mensch glaubt, dass es ihm helfen würde oder dass es hilfreich sein könnte.

In der modernen Untersuchungstechnik wird auch immer die Wirkung von Placebos mit untersucht. Das geschieht auch bei den Untersuchungen der Medikamente zur Raucherentwöhnung. Deshalb ist genau bekannt, wie weit Placebos bei der Raucherentwöhnung wirksam sind.

Auf Grund der wissenschaftlichen Untersuchungen mit den Medikamenten für die Raucherentwöhnung wissen wir, dass (Tab. 2)

die Erfolge der Placebo-Tabletten bei ca. 17% liegen.

Tab. 2:
Vergleich der Wirkungen von Placebos und Wirkstoffen (Richtlinie 2000, S. 72 - 75).

Medikament	Placebo	Wirkstoff	Zahl der Untersuchungen
Bupropion	17,3 %	30,5 %	4
Nikotin-Kaugummi	17, 1%	23,7 %	18
Nikotin-Tablette	15,0 %	23,0 %	1
Nikotin-Nasalspray	13,9 %	30,5 %	3
Nikotin-Inhalierer	10,5 %	22,8 %	4
Nikotin-Pflaster	10,0 %	17,7 %	3

Die Zahlen bei der Nikotintablette sind in der Richtlinie nicht erfasst, deswegen erfolgte eine Ergänzung (WALLSTRÖM, 2000).

Die Placebo-Erfolge sind im Vergleich zu Nikotinersatz-Präparaten geringer.

Aus den Beschreibungen der Untersuchungen ist meist nicht ersichtlich, welcher Art bzw. wie intensiv die psychosoziale Betreuung der Probanden war.

Die Placebo-Erfolge von medikamentösen Präparaten liegen aufgrund der Untersuchungen bei maximal ca. 17 - 18%. Die Differenzen bei den verschiedenen Medikamenten hängt wahrscheinlich mit der Art der Applikation zusammen. Damit liegt aber der Wert deutlich unter den zu erreichenden Werten durch eine gute und intensive Beratung. Die Angabe der Pharmafirmen bezüglich der "Verdopplung der Erfolge" mit den Medikamenten ist aufgrund der Placebo-Ergebnisse kritisch zu hinterfragen.

III. Psychotherapie bei der Nikotinentwöhnung

Zu Beginn soll auf einige Besonderheiten der Therapie von Nikotinikern hingewiesen werden. Nikotiniker sind ganz normale Menschen mit den ganz normalen Problemen und Schwierigkeiten des Lebens. Sie haben nur ein besonderes Problem: dass sie mit ihrer Nikotinabhängigkeit nicht fertig werden können.

Auf Grund mehrerer fehlgeschlagener Versuche ist ihr Selbstbewusstsein etwas beeinträchtigt. Sie wollen es selbst schaffen bzw. sich selbst beweisen und suchen dazu Hilfen. Sie benötigen also (normalerweise) keine spezielle Psychotherapie.

Die Raucher werden in der Regel auch nicht vorher aufgeklärt, ausgewählt oder durchuntersucht. Sie kommen "unsortiert" in die Entwöhnungsangebote. Heute haben wir es in der Raucherentwöhnung immer mehr mit dem "harten Kern" der Raucher zu tun, die sich nur schwer von ihrer Abhängigkeit lösen können.

IV. Faktoren der Nikotintherapien

Die Nikotintherapie besteht aus zwei Abschnitten, die sonst in der Suchttherapie getrennt sind:

der Entgiftung und dem Durchhalten der Nikotinabstinenz.

Beide Phasen überschneiden sich und müssen mehr oder weniger gleichzeitig bearbeitet werden.

Die Faktoren der Nikotintherapien sind nicht nach den Kategorien "Richtig oder falsch" zu beurteilen, sondern nach dem Kriterium "Besser oder schlechter" (siehe z. B. die Placebo-Diskussion).

Es werden einige Eckpunkte der Nikotintherapie dargestellt.

1. Starke oder geringe Motivation

Je mehr Motivation der entwöhnungswillige Raucher hat, desto besser.

Je deutlicher die persönliche Gefährdung gemacht wird, desto besser.

Der einfache Wunsch, das Rauchen zu beenden, ist (zu) wenig

Diese Frage müsste vorher entschieden werden. Es gibt viele Raucher, die zwar entwöhnungswillig sind, aber nicht genügend motiviert.

Davon zu differenzieren, ist der Punkt "Selbstwirksamkeit", d. h. wie weit glaubt der Raucher, dass er die Entwöhnung aus seiner eigenen (Willens) Kraft schafft oder zu welchen Anstrengungen und Opfern er bereit ist.

Die Motivation und die Selbstwirksamkeit kann natürlich auch in der Thera-

pie gestärkt werden, wenn dies explizit als Faktor erkannt und eingesetzt wird. Die wesentlichste Motivation ist die persönliche Gefährdung durch das Rauchen.

Das ist auch weitgehend der einzige Grund aufzuhören. Die Besprechung der Schädigungen müssen auf die Gesundheits- oder Lebenssituation des einzelnen Rauchers bezogen werden.

2. Gewohnheit oder Abhängigkeit

Je mehr die Faktoren einer Abhängigkeit erfasst werden, desto besser.

Je mehr die Gewohnheitshandlungen des Rauchaktes erfasst werden, desto besser.

Nikotinrauchen ist (meist) eine Nikotinabhängigkeit.

Diese Diskussion ist in der Wissenschaft in den letzten Jahren klar entschieden.

Die Raucher, die in die Entwöhnungsangebote kommen - meist nach einigen fehlgeschlagenen Versuchen -, wissen, dass sie nikotinabhängig sind. Deswegen muss ihnen ausführlich erklärt werden, was es bedeutet, abhängig zu sein.

Der Begriff "Gewohnheit" besagt, dass eine Handlung von einem Menschen viele tausende Male durchgeführt wurde. Das Wort sagt aber nichts aus über die Motivation dazu. Selbstverständlich ist jede über längere Zeit durchgeführte Aktivität eine erlernte Gewohnheit.

Es fällt aber immer noch vielen Nichtrauchern und Rauchern schwer, diese Differenzierung durchzuführen. Da

werden dann Begriffe benutzt wie: feste oder verhärtete Gewohnheit des Rauchens.

3. Langsames Heruntergehen oder Sofort-Stopp

Je schneller der Nikotinker von dem Tabak wekommt, desto besser.

Die Raucher bevorzugen den sofortigen Stopp.

Auch dieser Punkt ist durch die Wissenschaft geklärt. Bei der Schlusspunkt-Methode - wann dieser Sofort-Stopp auch geplant wird - muss eine Hilfe in der anschließenden Zeit der Entzugsbeschwerden angeboten werden. Den Raucher in dieser Phase allein zu lassen ist sicher kontraproduktiv.

4. Ausführliche oder keine Informationen

Je mehr Informationen der Nikotinker erhält, desto besser.

Informationen verstärken die Motivation und die Gefühle der Selbstwirksamkeit.

Hiermit ist die Aufklärung der entwöhnungswilligen Raucher gemeint, über die Faktoren einer Sucht, die Wirkungen des Rauchens und des Nikotins, die Entzugsbeschwerden, das Rauchverlangen, eine Gewichtszunahme, Gefahren für einen Rückfall usw. Dazu ist natürlich eine gute Ausbildung der Nikotintherapeuten und eine gute Kenntnis der wissenschaftlichen Literatur erforderlich.

5. Kurze oder lange Dauer

Je kürzer der Kampf um die Zigaretten dauert, desto besser

Wenn der Raucher noch raucht, dann beschäftigt er sich noch mit der Zigarette und nicht mit seiner Abstinenz.

Dieser Punkt ist schon angesprochen bei der Sofort-Stopp-Methode. Je länger die Therapie dauert, desto mehr Informationen und Hilfen können vermittelt werden.

Eine kurze - fünf Tage hintereinander dauernde - Therapie ist überwiegend eine Entzugsbehandlung und nur begrenzt eine Hilfe für die Dauerabstinenz. Eine mehrere Wochen dauernde Therapie mit einem wöchentlichen Treffen ist dagegen weniger eine Entzugshilfe, sondern eher eine Unterstützung in der Dauerabstinenz.

Die eine Form dürfte geeigneter sein für Ex-Raucher, die mit stärkeren Entzugsbeschwerden kämpfen müssen, und die andere Form für Raucher, die gegen ihr dauerhaftes Rauchverhalten kämpfen müssen.

Bei kurzdauernden Behandlungen bleiben fast alle Raucher bis zum Ende in der Therapie. Bei einer lange dauernden Therapie gehen schon während der Behandlungszeit viele Raucher verloren - das sind dann die Abbrecher.

6. Ratschläge bzw. Hilfen für das Verhalten

Je mehr konkrete Hilfen der Nikotinker für den Kampf gegen seine Rauchlust erhält, desto besser.

Praktische Ratschläge und Hilfen verstärken das Gefühl der Selbstwirksamkeit.

Hiermit sind gemeint, die Hilfen für die Bewältigung der Rauchabstinenz im Alltag, im Beruf bzw. Kollegenkreis, im Freundeskreis oder in der Familie. Diese müssen ausführlich vom Therapeuten dargestellt werden - als Anregungen oder Vorschläge zur persönlichen Auswahl.

In der Diskussion der Gruppe kommt dann noch der Austausch der Erfahrungen unter den Teilnehmern hinzu.

7. Entzugsbeschwerden

Je weniger Beschwerden der Ex-Raucher hat, desto besser.

Die Beschwerden lenken den "frischen" Ex-Raucher von dem Ziel der Abstinenz ab.

Bei einem Sofort-Stopp - von welcher Zigarettenzahl auch immer - müssen die Entzugsbeschwerden ausführlich erklärt werden. Diese Prozesse laufen in dieser Zeit im Körper des "frischen Ex-Rauchers" ab. Auch hierzu sollten Hilfen vermittelt werden, um die Beschwerden möglichst gering zu halten.

Für die frischen Ex-Raucher - besonders aber Ex-Raucherinnen - ist die Frage einer Gewichtszunahme sehr wichtig. Diese sollte klar und zutreffend besprochen werden auf Grund der zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen, denn die Zunahme des Körperumfanges wird sofort an den engeren Rock-, Kleider- oder Hosenbünden verspürt.

8. Nachbetreuung

Je länger die Möglichkeit einer Nachbetreuung besteht, desto besser.

Eine Nachbetreuung verbessert nicht das Gesamtergebnis, aber sie verhindert Rückfälle.

Nachbetreuung bezieht sich auf die Zeit nach dem Ende der Therapie. Wenn die Möglichkeit vorhanden ist, sollte eine Nachbetreuung in Form einer Selbsthilfegruppe angeboten werden. Die wissenschaftlichen Untersuchungen haben aber keinen wesentlichen Effekt auf die Dauer der Abstinenz ergeben.

Bei den Rauchern scheint - im Gegensatz zu den anderen Gruppen von Abhängigen - der "Leidensdruck" zu gering zu sein, um dauernd aktiv gegen das Rauchen anzukämpfen. Ein Rückfall hat ja keine wesentlichen Auswirkungen auf die Lebensführung.

9. Einzeltherapie oder Gruppentherapie

Wer gerne in einer Gruppe ist, wählt besser eine Gruppentherapie.

Wer eine Einzeltherapie wünscht, sollte sie bekommen. - Jedem das Seine.

Grundsätzlich: Jeder Raucher kämpft für sich selbst allein gegen seine Rauchlust.

Eine Einzeltherapie ist meist indiziert bei begleitenden Erkrankungen. Nur eine Einzeltherapie kann gezielt persönlich ausgerichtet sein. In der Arztpraxis dürfte die Einzeltherapie der Normalfall sein ebenso bei Problemfällen.

In einer Gruppentherapie kann die einzelne Raucherin/der einzelne Raucher immer von den Erfahrungen der anderen lernen.

In kleineren Gruppen kann auf die persönlichen Rauchprobleme der Teilneh-

mer eingegangen werden. Raucherinnen und Raucher wollen von dem Rauchen loskommen und nicht ihre seelischen Probleme in einer Raucherentwöhnungstherapie besprechen. In Kleingruppen besteht die Gefahr, dass einzelne Raucher bzw. deren Wegbleiben zu stark in den Mittelpunkt gestellt werden und das Rauchen an den Rand gedrängt wird.

In größeren Gruppen muss mehr mit Informationen gearbeitet werden. Die Teilnehmer können nicht einzeln besprochen werden. Der Erfahrungsaustausch ist aber ergiebiger. Das Wegbleiben von Mitgliedern fällt nicht so auf. Die Atmosphäre ist "mitreißen der".

10. Rückfall

Je länger die Abstinenz dauert, desto besser.

Eine "Immunität" gegen das Rauchen gibt es nicht.

Eine längere Abstinenzperiode macht dem Ex-Raucher bzw. dem Wieder-Raucher deutlich, dass er aufhören kann. Ein Rückfall ist nicht schön, aber nichts Schlimmes.

Im Gegenteil: hier kann der Raucher lernen, wie es nicht geht und was er das nächsten Mal anders machen muss. Die Gründe für Rückfälle sind deswegen mit dem Raucher ausführlich zu diskutieren.

Manchmal wird sogar eine "lebenslange Immunität" gegen das zukünftige Rauchen gefordert. Einige Ex-Raucher entschließen sich aber nach Jahren der Abstinenz, dass das Rauchen doch ganz schön war, und beginnen von sich aus wieder damit. Gegen derartige Entscheidungen kann eine Therapie nur wenig tun.

V. Der heutige Stand der psychotherapeutischen Behandlungsstrategien

Früher gab es in Deutschland zwei unterschiedliche Gruppentherapien:

- a) die 5-Tage-Therapie mit der Forderung eines Sofort-Stopps des Rauchens und Hilfen gegen die Entzugsbeschwerden und Informationen über das Rauchen
- b) das 10-Wochen Trainingsprogramm mit einer Reduktion der Zigarettenzahl über 10 Wochen mit Hilfen für das Verhalten, aber keine Informationen über das Rauchen an sich.

Heute sind diese beiden Verfahren verschmolzen zu einer Form der

Kognitiv-behavioralen Therapie,

die beide Ansätze kombiniert und die obigen Faktoren mehr oder weniger berücksichtigt - jedenfalls in Amerika. In Deutschland ergeben sich doch oft noch Probleme.

Die deutschen Krankenkassen haben sich kürzlich in ihren Empfehlungen in Bezug auf den Suchtmittelmissbrauch auf die vage Formulierung festgelegt:

"verhaltensorientierter Ansatz in Gruppen".

Das sind alle Aktivitäten, die auf eine Änderung des Verhaltens zielen. Darunter würde z. B. auch die Hypnose und das Handauflegen fallen.

Die anerkannte psychotherapeutische Methode der Raucherentwöhnung besteht heute in einer - auf die Person zentrierten -

- **ausreichenden Information über die körperlichen Schädigungen,**
- **guten psychosozialen Beratung und**
- **intensiven Begleitung des Entwöhnungswilligen.**

Das Problem bei dem Vergleich von Psychotherapie und Pharmakotherapie liegt darin, dass die Psychotherapie insgesamt gesehen sehr viel aufwendiger ist - an Ausbildung, Praxiserfahrungen, Zeitaufwand und materiellen Ausgaben usw.

V. Schlusswort

Durch die Behandlung mit einem guten Medikament geht eine körperliche Krankheit von alleine weg. Eine Abhängigkeit ist eine Störung im psychischen Bereich - keine Krankheit aufgrund von Defekten. Die Medikamente bewirken direkt nichts bei einer Abhängigkeit. Sie sind immer nur eine Hilfe bei der eigenen Entwöhnung des Abhängigen.

Die Drogenwirkung ist teilweise eine "erwünschte Störung". Wenn der Raucher nicht will, dann nimmt er auch das Medikament nicht - so gut es auch sein mag.

Der Dreh- und Angelpunkt ist immer das Wollen.

Durch eine gute psychosoziale Beratung kann

- die Motivation gesteigert werden,
- die Compliance mit den Medikamenten hergestellt werden

- und endlich die Abstinenzraten verbessert werden.

Die einfache Verschreibung von Nikotinersatz oder einem Medikament, wie es die Pharmafirmen wünschen, bringt nicht viel bzw. nur Fehlschläge und Enttäuschungen bei den Therapeuten und den Rauchern.

"Erst der Wille, dann die Pille" heißt der Werbespruch einer Pharmafirma.

Die Reihenfolge ist völlig richtig. Zuerst muss ein Wille zur Abstinenz vorhanden sein. Nur wie kommt der Raucher an den Willen ?

Ohne Wille hilft aber keine Pille!

Die Pharmaindustrie macht in dem Bereich der Beratung, die zu einer Motivationsbildung führen könnte, praktisch nichts. Kleine Blättchen, mehr- bis vielseitige Broschüren bis computer-zugeschnittene persönliche Hilfen: alles klägliche Versuche, die Psychotherapie zu ersetzen.

Eine Computer-zugeschnittene Hilfe - das ist der letzte Schrei! - ist meiner Ansicht nach keine persönliche Hilfe. Das ist ein Widerspruch in sich selbst.

Das ist das Problem in Deutschland in der Raucherentwöhnung, dass es zur Zeit für Raucherinnen und Raucher praktisch keine Möglichkeiten gibt, psychotherapeutische Hilfe und Unterstützung zu bekommen.

Literatur:

CARR, A.: Endlich Nichtraucher, Goldmann, München, 183 S., zahlreiche Aufl.

FREUD, S.: Briefe an Wilhelm Fließ 1887 - 1904, Fischer, Frankfurt, 1986; S. 312, Brief vom 22. 12. 1897

MANTEGAZZA, P.: Die Physiologie des Genusses, Stolpe, Leipzig, 1928, S. 56

Richtlinie 2000: FIORE MC.; BAILEY WC; COHEN SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence, Clinical Practical Guideline. Rockville MD: U. S. Department of Health and Human Service, June 2000

WALLSTRÖM, M.; F. NILSSON; J.-M. HIRSCH A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical evaluation of a nicotine sublingual tablet in smoking cessation, Addiction 2000, 95, 1161 - 1171

Motivation zur Raucher-Entwöhnung - Chancen während der stationären Behandlung?

*Motivation for Smoking Cessation - Is there a Chance
for Hospitalised Patients?*

Univ.-Doz. Dr. med. P.L. Bölskei

Leiter der Medizinischen Klinik 3
Klinikum Nürnberg Nord

Dipl.-Psych.-Univ. A. Kohaut

Institut für Präventive Pneumologie
an der 3. Medizinischen Klinik
Klinikum Nürnberg Nord

Anschrift:

Medizinische Klinik 3
Klinikum Nürnberg Nord
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1
90340 Nürnberg
Tel. 0911/3982675
Fax. 0911/3982441
Email: pneumologie@klinikum-nuernberg.de

Inhalt

I. Zusammenfassung

1. Ziel
2. Methodik
3. Ergebnisse
4. Schlussfolgerungen

II. Einleitung

III. Fragestellung

IV. Stichprobe

V. Methode

VI. Ergebnisse

VII. Diskussion

Literatur

I. Zusammenfassung:

Ziel:

An der Medizinischen Klinik 3 des Klinikums Nürnberg wurde eine Pilotstudie durchgeführt, um die langfristigen Erfolgsquoten einer stationären Einzelberatung zur Tabakentwöhnung zu evaluieren.

Methodik:

Von Patienten, die eine psychologische Beratung zur Tabakentwöhnung erhalten hatten, wurde bei der Entlassung, nach 3 und nach 12 Monaten der Raucherstatus erfragt. Die Angaben sind Selbstberichte, nach 3 und 12 Monaten telefonisch von neutralen Personen erhoben.

Ergebnisse:

Bei der Entlassung waren 79 Prozent der beratenen Patienten rauchfrei. Nach 3 Monaten waren noch 40 Prozent der beratenen Patienten rauchfrei, nach 12 Monaten 33 Prozent.

Schlussfolgerungen:

Die Ergebnisse dieser Pilotstudie bestätigen - trotz methodischer Einschränkungen, den Sinn und die Notwendigkeit des Angebots der Einzelberatung zur Tabakentwöhnung am Akutkrankenhaus.

II. Einleitung

Das Akutkrankenhaus bietet besondere Chancen der Unterstützung und Motivierung von Patienten zur Tabakentwöhnung. Viele Patienten stellen mit der Aufnahme ins Krankenhaus ihren Tabakkonsum ein. Zum einen aufgrund der äußeren Bedingungen, wie z.B. Rauchverbot auf der Station, zum anderen aus innerer Überzeugung, um eine Gesundung zu unterstützen. Diese Patienten befinden sich bereits im Prozess der Entwöhnung und sind deshalb für motivierende Angebote zur Raucherentwöhnung besonders ansprechbar. Patienten im Krankenhaus sind den typischen alltäglichen Situationen, die das Rauchen von Tabak auslösen, nicht mehr ausgesetzt. Rauchstoppversuche haben somit allein durch die Umfeldveränderung größere Aussicht auf Erfolg. Im Krankenhaus wird die Aufmerksamkeit auf die eigene Gesundheit gelenkt. Die Bereitschaft, krankheitsförderndes Verhalten zu ändern, ist deshalb erhöht.

Auch die Krankheit als solche kann zum Rauchstopp motivieren, insbesondere wenn sie mit dem Rauchen in unmittelbarem Zusammenhang steht und zu erwarten ist, dass sich die Abstinenz günstig auf den weiteren Krankheitsverlauf auswirken wird. Im Krankenhaus können Raucher sehr effizient erkannt und zum Rauchstopp ermutigt, sowie einer weiteren Entwöhnungsberatung zugeführt werden. Bei Krankheiten, die mit dem Rauchen in unmittelbarem Zusammenhang stehen, sowie bei der Vorbereitung auf Operationen, spielt die Raucherentwöhnung eine entscheidende Rolle bei der Behandlung. So wirkt sich ein Rauchstopp unter anderem positiv auf

die Lungenfunktion, auf das perioperative Komplikationsrisiko und das Auftreten eines Zweitmalignoms aus. Für Patienten mit koronarer Herzkrankheit ist ein Rauchstopp die wirkungsvollste Einzelmaßnahme (DALY et al. 1983).

Bisher existieren erst wenige größere Studien, die Interventionen zur Tabakentwöhnung bei Krankenhauspatienten auf ihre Effizienz überprüft haben. In den USA wurden unter anderem zwei sehr große Studien durchgeführt, die die Entwöhnungsraten von rauchenden Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen in Akutkrankenhäusern untersuchten. STEVENS et al. (1993) untersuchte in einer großen Studie (N=666) die spontane Entwöhnungsrate von Rauchern im Akutkrankenhaus. Nach einem Jahr waren ohne jede Unterstützung 9 Prozent der Patienten rauchfrei. In der Interventionsstichprobe (N=453) wurden knappe Instruktionen zu Tabakentwöhnung und Rückfallvermeidung gegeben. Dies führte zu einer Entwöhnungsrate von 14 Prozent nach einem Jahr. In einer ebenfalls sehr großen Studie (N=561) von Houston MILLER et al. (1997) führten intensivierte Interventionen zur Tabakentwöhnung zu Erfolgsquoten von 27 Prozent nach einem Jahr. Die Intervention beinhaltete eine verhaltenstherapeutisch orientierte Beratung mit besonderem Fokus auf Rückfallvermeidung und vier telefonische Kontakte nach der Entlassung.

III. Fragestellung

Das Institut für Präventive Pneumologie, das der 3. Medizinischen Klinik des Klinikums Nürnberg angeschlos-

sen ist, stellt Patienten und interessierten Personen Angebote zur Unterstützung und Motivierung zur Tabakentwöhnung bereit. Unter dem Motto "rauchfrei werden" ist ein ambulantes Angebot entstanden, das Einzelberatung, Gruppentherapie und telefonische Beratung umfasst.

Zwei Mitarbeiterinnen des Instituts (= 1 Dipl.-Psych., 1 Dipl. Sozial. Päd.) sind zusätzlich an der Klinik angestellt und führen dort die Einzelberatung stationärer Patienten durch. An der 3. Medizinischen Klinik (Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde) werden alle Patienten nach ihrem Raucherstatus befragt. Allen Patienten, die aktuell rauchen oder bis vor kurzem geraucht haben, wird ein Beratungsgespräch mit einer der Mitarbeiterinnen des Instituts angeboten, vorwiegend bettseitig. Im Bedarfsfall können auch mehrere Beratungsgespräche in Anspruch genommen werden. Die Beratung orientiert sich am „Stadienmodell der Verhaltensänderung“ nach PROCHASKA & DiCLEMENTE (1992). Raucher können nach diesem Modell verschiedenen Stadien der Veränderung zugeordnet werden, je nachdem wie ausgeprägt ihre Bereitschaft zur Verhaltensänderung, d.h. zum Rauchstopp, ist. Die Berater schätzen im Erstgespräch das Stadium der Veränderung ein und stimmen ihre weiteren Interventionen darauf ab (vgl. Methode). Für die Patienten besteht zudem während ihres stationären Aufenthalts die Möglichkeit der kostenlosen Nikotinsubstitution.

In einer ersten Pilotstudie sollte nun untersucht werden, zu welchen Erfolgen die Beratung und Unterstützung stationärer Patienten bei der Tabakentwöhnung führen.

IV. Stichprobe

Von Oktober 1998 bis Januar 1999 wurde allen Patienten der 3. Medizinischen Klinik, die aktuell rauchen bzw. erst innerhalb der letzten Wochen mit dem Rauchen aufgehört haben, eine psychologische Beratung zur Tabakentwöhnung vom Stationsarzt angeraten. Aufgrund der ärztlichen Autorität wurde diese von der Mehrheit der Patienten auch in Anspruch genommen. Leider wurde von den Stationen in der ersten Phase der Pilotstudie nicht durchgehend dokumentiert, wieviele Patienten sich dem Angebot verweigerten. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum genau 100 Patienten zur Tabakentwöhnung beraten.

13 Patienten wurden wegen einer zusätzlichen akuten Alkoholproblematik ausgeschlossen, zwei Patienten wegen mangelnder Sprachkenntnisse. Die Stichprobe reduziert sich damit auf 85 Patienten.

64 Patienten waren Männer, 21 Frauen. Durch den Fragebogen zur Nikotinabhängigkeit (FTND, HEATHER-TON, et al. 1991) wurde der FTND-Wert ermittelt. Der Mittelwert liegt für die Stichprobe bei 4,8 (Standardabweichung: 2,4).

51 (60%) Patienten wurden mit Nikotinsubstitutionspräparaten behandelt. 29 Patienten wurden nur mit Nikotinpflaster behandelt, 8 Patienten nur mit Nikotinkaugummi und 14 Patienten erhielten eine kombinierte Behandlung mit Nikotinpflaster und Nikotinkaugummi. Bei 52 (61%) Patienten handelte es sich um ein einmaliges Beratungsgespräch, bei 24 Patienten fanden zwei Beratungsgespräche statt, bei 9 Patienten drei oder mehr. Der Mittelwert des Alters der Patienten lag

bei 55,5 Jahren (Standardabweichung: 13,8 Jahre).

Die Verteilung der Patienten auf die Stadien der Veränderung sah folgendermaßen aus (vgl. auch Methode): 59 (69%) der Patienten befanden sich in der *Handlungsphase*, 10 (12%) in der *Vorbereitungsphase*, 9 (11%) in der Phase der *Absichtsbildung* und 6 (7%) Patienten waren stabile Raucher (Phase der *Absichtslosigkeit*). Bei einem Patienten lag keine Angabe vor.

Tabelle 1: Veränderungsbereitschaft bei rauchenden Patienten einer Klinik für Lungen- und Bronchialheilkunde

N = 85

Stadium der Veränderung		Prozent
ohne Angabe	1	1%
stabile Raucher (Absichtslosigkeit)	6	7%
Absichtsbildung	9	11%
Vorbereitungsphase	10	12%
Handlungsphase	59	69%

Die medizinischen Diagnosen der Patienten betrafen hauptsächlich Lunge und Bronchien, entsprechend der Schwerpunktsetzung der Medizinischen Klinik 3 (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Medizinische Hauptdiagnosen der Patienten

N = 85

Diagnosen der Patienten in der Raucherberatung	Anzahl der Patienten
Chronische Bronchitis, COPD	28
Bronchialkarzinom (Verdacht auf oder gesicherte Diagnose)	23

Entzündliche Lungenerkrankungen (Lungenentzündung, Tuberkulose)	8
Pneumothorax	5
Asthma bronchiale	4
Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit	3
Andere Diagnosen	14

V. Methode

Die Zuordnung der Patienten zu den Stadien der Veränderung orientierte sich an folgenden Kriterien, die von den Beratern im Erstgespräch erfragt wurden. Patienten, die aufgrund des Krankenhausaufenthalts bereits mit dem Rauchen aufgehört hatten, wurden der Handlungsphase zugeordnet. Patienten, die noch während des Krankenhausaufenthalts mit dem Rauchen aufhören wollten, der Vorbereitungsphase. Patienten, die grundsätzlich schon mit dem Rauchen aufhören wollten, hierzu aber noch keine konkreten Pläne hatten, wurden der Phase der Absichtsbildung zugeordnet. Patienten, die einen Rauchstopp nicht in Erwägung zogen, wurden als stabile Raucher eingestuft (Phase der Absichtslosigkeit).

Die stabilen Raucher wurden über Zusammenhänge zwischen Rauchverhalten und der individuellen Erkrankung aufgeklärt und erhielten Informations- und Selbsthilfematerialien. Bei Patienten in der Phase der Absichtsbildung wurden die Methoden der „Motivierenden Gesprächsführung“ (MILLER & ROLLNICK, 1999) eingesetzt, um die Patienten in Richtung

Rauchstopp zu motivieren. Patienten in der Vorbereitungsphase wurden durch verhaltenstherapeutische Techniken in der Tabakentwöhnung unterstützt (siehe Tabelle 3). Bei Patienten in der Handlungsphase konzentrierte sich die Beratung auf die Rückfallprävention. Es handelte sich immer um eine Einzelberatung, die je nach Stadium der Veränderung individuell auf den Patienten abgestimmt wurde und zumeist am Krankenbett stattfand. Alle Patienten erhielten außerdem ein Selbsthilfematerial („Ich werde rauchfrei“ von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). Bei Bedarf fanden zwei oder mehr Beratungskontakte statt.

Tabelle 3: Verhaltenstherapeutische Techniken zur Tabakentwöhnung

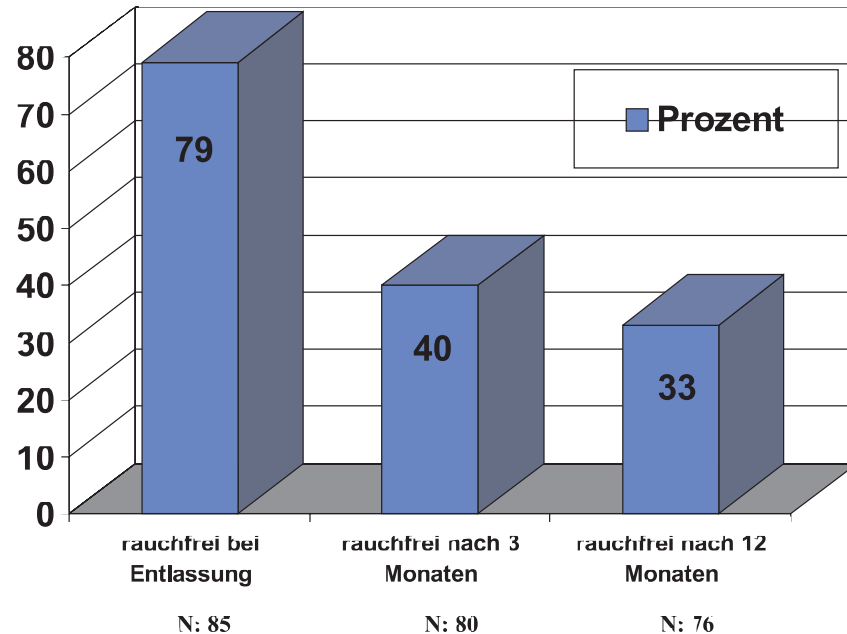
- Motivationsprüfung und Vorsatzfestigung
- Verpflichtungsbereitschaft
- Selbstbeobachtung
- Selbstanalyse und Selbstkontrolle
- Zielsetzung und Zielfestlegung
- Selbstbelohnung
- Kognitive Interventionsstrategien
- Entspannung

Bei Entlassung aus der Klinik wurde der Raucherstatus festgehalten. 3 Monate und 12 Monate nach der Entlassung wurden die Patienten telefonisch von unbeteiligten Personen (Medizinstudenten) nach dem Raucherstatus befragt. Eine biochemische Kontrolluntersuchung wurde nicht durchgeführt. Zum einen, weil Krankenhauspatienten in früheren Untersuchungen wenig Bereitschaft für Kontrolluntersuchungen gezeigt haben (HARRIS et al., 1994), zum anderen weil sich in ähnlichen Untersuchungen nur geringe Unterschiede zwischen Selbstbericht und CO-Validierung fanden (SCHOFIELD et al. 1999).

VI. Ergebnisse

Von den insgesamt 85 Patienten waren nach 3 Monaten 5 und nach 12 Monaten 9 verstorben. Patienten, die nicht mehr erreicht werden konnten, wurden als Raucher gezählt.

Bei der Entlassung waren 79 Prozent der beratenen Patienten rauchfrei. Nach 3 Monaten waren noch 40 Prozent der beratenen Patienten rauchfrei, nach 12 Monaten 33 Prozent.



VII. Diskussion

Die Ergebnisse unserer Pilotstudie entsprechen den Ergebnissen größerer und methodisch besser abgesicherter Studien zur Tabakentwöhnung bei Patienten im Krankenhaus (z.B. Übersicht in SMITH et al. 1999).

Krankenhauspatienten haben von vornherein eine relativ hohe spontane Entwöhnungsquote nach einem Jahr. Diese liegt durchschnittlich bei etwa 9 Prozent (STEVENS et al. 1993), kann aber für bestimmte Patientengruppen auch deutlich darüber liegen. So liegt

die spontane Entwöhnungsrate nach einem Jahr für Herzinfarktpatienten bei bis zu 49 Prozent (DeBUSK et al., 1994). Je nach Intensität der Interventionen zur Tabakentwöhnung wurden in Studien die Entwöhnungsraten nach einem Jahr um 5 bis 26 Prozent im Vergleich zur gewöhnlichen Behandlung gesteigert (STEVENS et al. 1993, TAYLOR et al., 1990, DeBUSK et al. 1994, TAYLOR et al. 1996, HOUSTON MILLER et al. 1997).

Um entsprechende Aussagen treffen zu können, wäre in unserer Studie eine Kontrollgruppe ohne Intervention

in Richtung Tabakentwöhnung notwendig gewesen. Auch eine biochemische Absicherung der Daten z.B. durch CO-Messungen wäre wünschenswert gewesen.

In einer Studie über Raucher und Interventionsmöglichkeiten zur Tabakentwöhnung an einem städtischen Akutkrankenhaus in den USA (VERNON et al. 1999) zeigte sich, dass das Gewahrwerden des Patienten, an einer Krankheit zu leiden, die mit dem Rauchen in Zusammenhang steht, die Chancen einer Tabakentwöhnung erheblich verbessern kann. Dies könnte auch auf die Patienten unserer Pilotstudie zutreffen. Die Diagnosen standen überwiegend mit dem Rauchen in direktem Zusammenhang. Der Einfluss der Diagnosestellung und der Wahrnehmung des Patienten von Zusammenhängen mit dem Rauchen hätte also als Wirkfaktor genauere Beachtung finden sollen.

Interventionen zur Tabakentwöhnung im Akutkrankenhaus sind besonders effektiv, wenn sie die drei Komponenten Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie (in Form von Nikotinpflaster oder Nikotinkaugummi) und Follow-Up-Kontakte umfassen (GOLDSTEIN, 1999). Nikotinsubstitution für Krankenhauspatienten ist insbesondere zur Reduktion von Entzugssymptomen für abstinenten Raucher sinnvoll. So empfiehlt die nordamerikanische Agency for Health Care Policy and Research in ihrer Smoking Cessation Clinical Practice Guideline allen Rauchern unter den Krankenhauspatienten Nikotinsubstitution anzubieten. Die stationäre Tabakentwöhnung bietet eine hervorragende Möglichkeit für die kontrollierte Einleitung der unterstützenden Pharmakotherapie. Für Nikotinsubstitution allein konnten

allerdings bei Krankenhauspatienten zur Tabakentwöhnung bisher keine Effekte nachgewiesen werden (RIGOTTI et al. 1999, LEWIS et al. 1998, CAMPBELL et al. 1991).

Literatur:

CAMPBELL, I.A., PRESCOTT, R.J. & TIEDER-BURTON, S.M. (1991), Smoking cessation in hospital patients given repeated advice plus nicotine or placebo gum. *Respiratory Medicine*, 90, 47-51

DALY, L.E., MULCAHY, R., GRAHAM, J.M. & HICKEY, N. (1983), Long term effect on mortality of stopping smoking after unstable angina and myocardial infarction, *British Medical Journal*, 287, 324-326

DeBUSK, R.F., HOUSTON MILLER, N., SUPERKO, R., DENNIS, C., THOMAS, R.J., LEW, H.T., BERGER, W.E., HELLER, R.S., ROMPF, J., GEE, D., KRAEMER, H.C., BANDURA, A., GHANDOUR, G., CLARK, M., SHAH, R.V., FISHER, L. & TAYLOR, C.B. (1994). A case management system for coronary risk factor modification following acute myocardial infarction, *Annals of Internal Medicine*, 120, 721-729

GOLDSTEIN, M.G. (1999), Missed Opportunities to Assist Hospitalized Smokers. *American Journal of Preventive Medicine*, 17 (4), 317-318

HARRIS, K., RICHMOND, R. & De ALMEIDA NETO, A. (1994), Multicomponent Group Programs Conducted at the Hospital Clinic and Worksites Cessation Rates and Predictors of Outcome. In R. Richmond (Ed.), *Interventions for Smokers, an international perspective* (pp. 127-325), Baltimore: Williams & Wilkins

HEATHERTON, T.F., KOZLOWSKI, L.T., FRECKER, R.C. & FAGERSTRÖM, K.-O. (1991), The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire, *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127

HOUSTON MILLER, N., SMITH, P.M., DeBUSK, R.F., SOBEL, D.S. & TAYLOR, C.B. (1997), Smoking cessation in hospitalized patients: Results of a randomized trial. *Archives of Internal Medicine*, 157, 409-415

LEWIS, S.F., PIASECKI, T.M., FIORE, M.G., ANDERSON, J.E. & BAKER, T.B. (1998). Transdermal nicotine replacement for hospitalized patients; a randomized clinical trial, *Preventive Medicine*, 27, 296-308

MILLER, R.M. & ROLLNICK, S. (1999), Motivierende Gesprächsführung, Freiburg: Lambertus

PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE C.C. & NORCROSS, J.C. (1992), In Search of How People Change, *Applications to addictive behaviors*, *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114

RIGOTTI, N.A., ARNSTEN, J.H., McKOOL, K.M., WOOD-REID, B.A., SINGER, D.E. & PASTERNAK, R.C. (1999), The Use of Nicotine-Replacement Therapy by Hospitalized Smokers. *American Journal of Preventive Medicine*, 17 (4), 255-259

SCHOFIELD, P.E., HILL, D.J., JOHNSTON, C.L. & STREETON, J.A. (1999), The Effectiveness of a Directly Mailed Smoking Cessation Intervention to Australian Discharged Hospital Patients, *Preventive Medicine*, 29, 527-534

SMITH, P.A., KRAEMER, H.C., HOUSTON MILLER, N., DeBUSK, R.F. & TAYLOR, C.B. (1999), In-Hospital Smoking Cessation Programs: Who Responds, Who Doesn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (1), 19-27.

STEVENS, N.F., Glasgow, R.E., HOLLIS, J.F., Lichtenstein, E. & VOGT, T.M. (1993), A smoking cessation intervention for hospital patients, *Medical Care*, 31, 65-72

TAYLOR, C.B., HOUSTON MILLER, N., HERMAN, S., SMITH, P.M., SOBEL, D., FISHER, L. & DeBUSK, R.F. (1996). A nurse-managed smoking cessation program for hospitalized smoker, *American Journal of Public Health*, 86, 1561-1569

TAYLOR, C.B., HOUSTON MILLER, N., KILLEN, J.D. & DeBUSK, R.F. (1990), Smoking cessation after acute myocardial infarction: Effects of a nurse-managed intervention, *Annals of Internal Medicine*, 113, 118-123

The Agency for Health Care Policy and Research (1996), Smoking cessation clinical practice guideline, *JAMA*, 275 (16), 1270-1280

VERNON, J.D., CRANE, L.A., PROCHAZKA, M.D., FAIRCLOUGH, D. & MacKENZIE, T.D. (1999), Smokers Hospitalized in an Urban, Public Hospital: Addiction, Stages of Change, and Self-Efficacy, *Preventive Medicine*, 28, 488-495

Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft: Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Projekt „EURO-scip“

Peter Lang

Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)
Linzer Str. 8
28359 Bremen

Inhalt

I. Einführung

II. Projektziele

III. Ergebnisse aus den Nationalen Status-Berichten

IV. Das Interventionsprogramm in Schweden

V. Die Interventionsstrategie der BZgA in Deutschland

VI. Trends im Rauchverhalten Schwangerer:

Ergebnisse aus den Perinatalerhebungen in Bremen, Hamburg und Niedersachsen

VII. EURO-scip Newsletter

VIII. Beratungsempfehlungen

IX. Beratungsschritte

X. Modell der Verhaltensänderung

XI. Schlussbemerkungen

Literatur

I. Einführung

Rauchen in der Schwangerschaft ist mit erheblichen negativen Folgen für die körperliche Entwicklung des ungeborenen Kindes und die Gesundheit des Neugeborenen verbunden. Über die gesundheitsschädigenden Konsequenzen durch den Einfluss des Rauchens in der Schwangerschaft hinaus stellt die Belastung durch Passivrauch für die Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern ein zusätzliches gesundheitliches Risiko dar (POSWILLO & ALBERMAN, 1992).

Die oberste amerikanische Gesundheitsbehörde fasst in ihrem Bericht zum Thema „Frauen und Rauchen“ den aktuellen Stand der Forschung zu den Folgen des Rauchens in der Schwangerschaft noch einmal zusammen (US DHHS, 2001). Der Bericht kommt zu dem Schluss, dass es bei Frauen, die rauchen, im Vergleich zu Nichtraucherinnen häufiger zu einer verzögerten Schwangerschaft und Unfruchtbarkeit kommt. Infolge des Zigarettenkonsums nimmt die Wahrscheinlichkeit für Eileiterschwangerschaften und Fehlgeburten zu. Rauchen während der Schwangerschaft steht im Zusammenhang mit Plazentaablösungen, Placenta Praevia und einem erhöhten Risiko für Frühgeburten. Kinder von Frauen, die rauchen, weisen im Mittel ein geringeres Geburtsgewicht auf und sind in ihrer körperlichen Reife weniger weit entwickelt („small for date“-Babys) als die Kinder von Müttern, die nicht rauchen. Darüber hinaus ist die Gefahr einer Totgeburt oder des Todes des Kindes im ersten Lebensjahr erhöht, wenn während der Schwangerschaft geraucht wird (US DHHS, 2001, p. 307).

Die amerikanische Akademie der Kinderärzte weist in ihrer Zusammenstellung der Konsequenzen des Passivrauchens ebenfalls auf das erhöhte Risiko für den „Plötzlichen Kindstod“ hin und macht weiterhin darauf aufmerksam, dass Kinder infolge von Passivrauchbelastung verstärkt unter Asthma und asthmatischen Erkrankungen, Lungenentzündungen, Husten, Erkrankungen der oberen Atemwege, Mittelohrentzündungen und einer Reihe weiterer Erkrankungen leiden (American Academy of Pediatrics, 2001, siehe auch World Health Organization, 1999a).

Alle genannten Risiken und gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind vermeidbar. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bewertet das Rauchen als den wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktor für einen ungünstigen Schwangerschaftsverlauf in den westlichen Industrienationen (World Health Organization, 1999b). Dabei sind die Voraussetzungen für einen Nikotinverzicht in der Schwangerschaft günstig. Die Motivation, in der Schwangerschaft auf den Zigarettenkonsum zu verzichten, ist hoch; etwa ein Drittel der werdenden Mütter, die zu Beginn der Schwangerschaft noch rauchen, hören - häufig ‚spontan‘ - mit dem Zigarettenkonsum auf (Health Education Authority (HEA), 1995; FINGERHUT et al., 1990; LANG et al., 1999; SEVERSON et al. 1995; WINDSOR et al., 1993; WOODBY et al., 1999, siehe auch LAW & TANG, 1995). Ungünstig ist, dass trotz dieser guten Voraussetzungen den meisten ein Rauchverzicht nicht auf Dauer gelingt und viele Mütter, die in der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufgehört haben, nach der Entbindung wieder damit beginnen (McBRIDE & PIRIE, 1990; BOTTORFF et al., 2000).

Untersuchungen haben gezeigt, dass der Anteil Frauen, die während der Schwangerschaft auf das Rauchen verzichten und auch nach der Entbindung nicht wieder mit dem Rauchen beginnen, erhöht werden kann, wenn ihnen eine strukturierte und systematische Beratung angeboten wird (McBRIDE et al., 1999; SEVERSON et al., 1997). Diese Beratung muss weder intensiv noch zeitaufwendig sein, um zum Erfolg zu führen (FIORE et al., 2000). Die daraus abzuleitende Empfehlung einer möglichst weitreichenden Umsetzung systematischer Beratungsstrategien in flächendeckende, nationale Interventionsprogramme ist oft gestellt worden (BOLLING & OWEN, 1997; EBRAHIM et al., 2000; MELVIN et al., 2000a; RAW et al., 1999; ORLEANS, 2001; US DHHS, 2001) und eine solche Forderung ist auch mit Kosten-Nutzen-Analysen durchaus gut zu begründen (MELVIN et al., 2000b).

Inwieweit ist der Aufbau von Interventionsprogrammen zur Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft und nach der Entbindung auf nationaler Ebene zu erkennen? Im Rahmen des Projektes „**EUROpean actions on Smoking Cessation In Pregnancy (EURO-scip)**“ sind die interventiven Ansätze und Strategien aus sieben europäischen Ländern untersucht worden: Neben dem deutschen Vertreter haben Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Belgien, Griechenland, Irland, den Niederlanden, Schweden und Spanien für das Projekt kooperiert.

II. Projektziele

Das „EURO-scip“ Projekt versucht neben einem Überblick über die verschiedenen nationalen Bemühungen zur Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft auch Impulse zur stärkeren Beachtung des Rauchverhaltens Schwangerer durch die Gesundheitsberufe zu geben, sowie zu verstärkter Beratungstätigkeit anzuregen. Um dies zu erreichen, wurden im Wesentlichen drei Ziele mit dem Projekt verfolgt:

- 1.) Erstellung von Nationalen Status-Berichten.** Auf der Basis der Forschungsliteratur und von Projektberichten ist versucht worden, eine Sachstandsbeschreibung zur Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft und nach der Entbindung zu geben. Die einzelnen Berichte sollten möglichst eine vergleichende Bewertung zwischen den an dem Projekt beteiligten Ländern erlauben.
- 2.) Aufbau eines Informationssystems für Gesundheitsberufe.** Durch eine kontinuierliche Weitergabe von Fachinformationen an Gynäkologen, Hebammen und Kinderärzte zu Beratungsstrategien und -konzepten zur Rauchentwöhnung soll eine verstärkte Aufmerksamkeit in den Gesundheitsberufen erreicht werden.
- 3.) Zusammenstellung von Beratungsempfehlungen.** Mit der Erstellung einer Übersicht effektiver und erfolgreicher Beratungsansätze sollen möglichst konkrete Strategien zur Integration von Beratungsmodellen in die tägliche Beratungspraxis gegeben werden.

III. Ergebnisse aus den Nationalen Status Berichten¹

Im Rahmen des EURO-scip Projektes wurde für jedes Teilnehmerland ein ‚Nationaler Status Report‘ erstellt. Die Status-Berichte geben einen Überblick über die Entwicklung des Rauchens in der Allgemeinbevölkerung, über das Rauchverhalten während der Schwangerschaft, sowie die jeweiligen nationalen/regionalen Interventionsansätze zur Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft und nach der Entbindung. Für das Projekt wurden keine eigenen Datenerhebungen durchgeführt; die Reports basieren auf Literatur- und Dokumentenrecherchen. Da die zugrundelie-

genden Originalarbeiten häufig hinsichtlich des methodischen Vorgehens, Auswahl von Untersuchungsgruppen und Erhebungszeitpunkten deutlich voneinander abweichen, stehen einer vergleichenden Analyse zum Teil nicht unerhebliche Vorbehalte entgegen. Trotzdem wurde diese Vorgehensweise zunächst gewählt, um einen ersten Ansatzpunkt für die Sachstandsbeschreibung der jeweiligen Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens in den einzelnen Ländern zu erhalten.

Wird zunächst das Rauchverhalten der Bevölkerung im 3. und 4. Lebensjahrzehnt – also etwa dem Zeitraum der Familienplanung – in den EURO-scip Länder betrachtet, lassen sich drei Gruppen unterscheiden (**Abbildung 1**):

- Insbesondere als Folge der Zunahme des Rauchens bei den Frauen ist in Deutschland, den Niederlanden und Irland das Rauchverhalten zwischen Männern und Frauen nahezu angeglichen und liegt für beide Geschlechtergruppen um etwa 40%.
- Die südeuropäischen Länder Griechenland und Spanien sind (noch) durch ein deutlich unterschiedliches Rauchverhalten zwischen Männern und Frauen charakterisiert.
- Schweden weist mit Abstand die geringste Raucherprävalenz auf. Wobei das skandinavische Land zu den wenigen Ländern zählt, in denen mehr Frauen als Männer rauchen.

(Zum zeitlichen Trend im Nikotinkonsum im Ländervergleich siehe auch CORRAO et al., 2000; JOSSENS & SASCO, 1998)

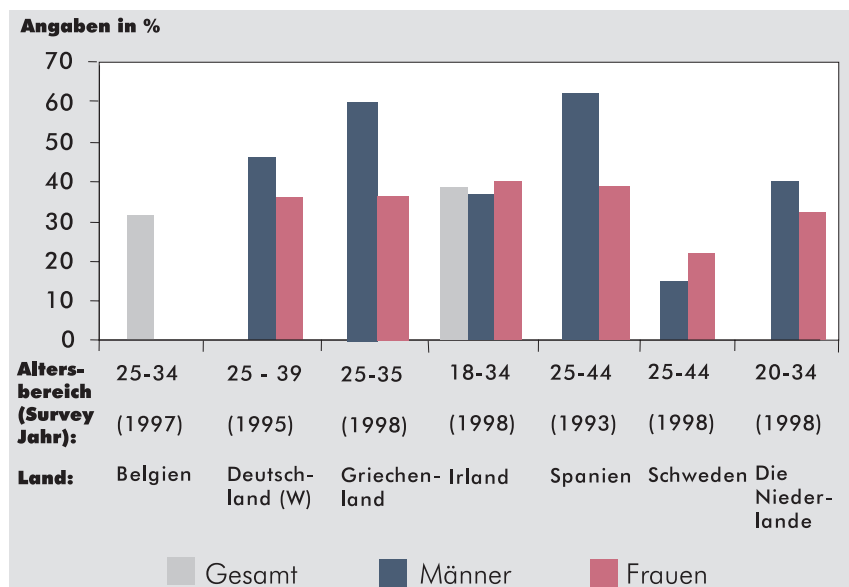
Daten zur Entwicklung des Rauchverhaltens in der Schwangerschaft sind auf der Basis eines nationalen Geburtenregisters lediglich in Schweden systematisch dokumentiert. Kein anderes Land im EURO-scip Projekt hat vergleichbar umfassendes statistisches Zahlenmaterial. Jährlich ermittelte regionale Angaben zum Nikotinkonsum werdender Mütter sind darüber hinaus nur noch aus dem französischsprachigen Teil Belgiens und aus Deutschland verfügbar. Zur Beschreibung des Rauchverhaltens während der Schwangerschaft in Deutschland können die Daten der Perinatalerhebungen herangezogen werden. Diese Erhebungen basieren auf Befragungen in den geburtshilflichen Einrichtungen der Krankenhäuser. Die Auswertung der Daten erfolgt auf Länderebene; zusammenfassende bundesweite Auswertungen liegen nicht vor.

Stellvertretend für die anderen Bundesländer werden daher für die hier dargestellte Entwicklung im Rauchverhalten die Daten aus Niedersachsen herangezogen (siehe auch LANG, 2000a). Zusätzlich kann für die Niederlande zumindest ein Trend im Rauchverhalten aufgrund von zwei vergleichbaren Befragungen angegeben werden (**Abbildung 2**).

Schweden weist im Vergleich mit den anderen EURO-scip Ländern den geringsten Prozentanteil werdender Mütter auf, die rauchen. Seit 1990 ist der Anteil kontinuierlich von 25% auf 13% im Jahr 1999 gesunken. Demgegenüber zeichnet sich für Belgien und Deutschland (Niedersachsen) mit einem Anstieg im Rauchverhalten in der Schwangerschaft in den letzten Jahren eine eher ungünstige Entwicklung ab. Insgesamt liegen die Angaben zum Rauchverhalten werdender Mütter deutlich unter den in Abbildung 1 dargestellten Prozentangaben zum Nikotinkonsum der Frauen. Dies erklärt sich zum Teil dadurch, dass etwa 20% - 40% der Frauen, die rauchen, auf den weiteren Zigarettenkonsum verzichten, wenn sie gewahr werden, dass sie schwanger sind (siehe z.B. BOLLING & OWEN, 1997; LANG, 2000a).

Auch im Vergleich der verfügbaren Ergebnisse aus Querschnittsstudien zum Nikotinkonsum in der Schwangerschaft schneidet Schweden am besten ab (**Abbildung 3**). Mit 27% auffällig hoch sind die aus Irland berichteten Zahlen. Neben der kleinen Untersuchungsgruppe könnte hier die Selektion der Befragungsgruppe mit-erklärend für diesen Befund sein. Allerdings wird das Ergebnis durch weitere Studien gestützt. Sie zeigen einen genau so hohen oder sogar

Abb. 1: Rauchverhalten in den EURO-scip Ländern



¹ Soweit nicht anders angegeben basieren die hier zusammengefassten Ergebnisse auf den Nationalen Status Reports aus den einzelnen EURO-scip Ländern. Die Berichte sind verfügbar unter der Internetadresse: <http://bips.uni-bremen.de/euro-scip/>

Abb. 2: Prävalenz des Rauchens in der Schwangerschaft

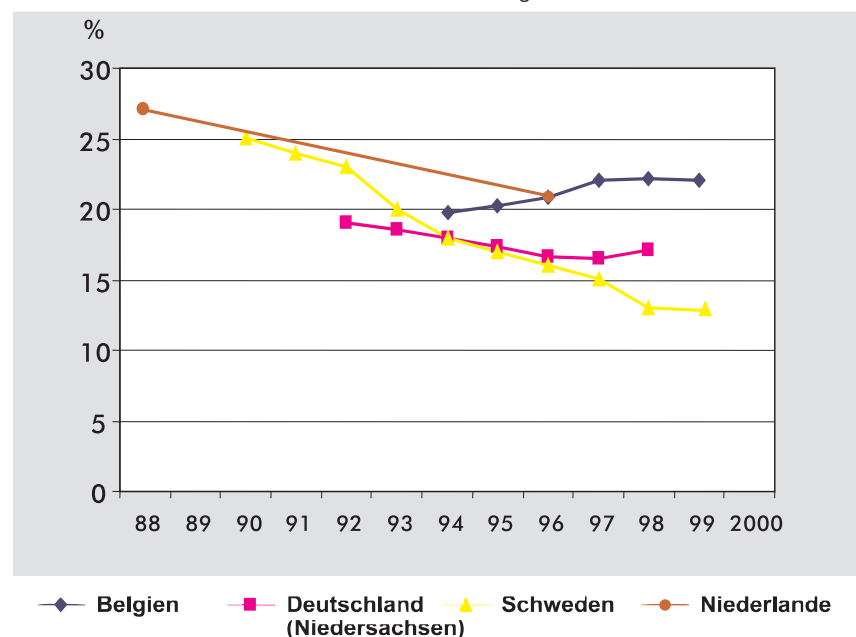
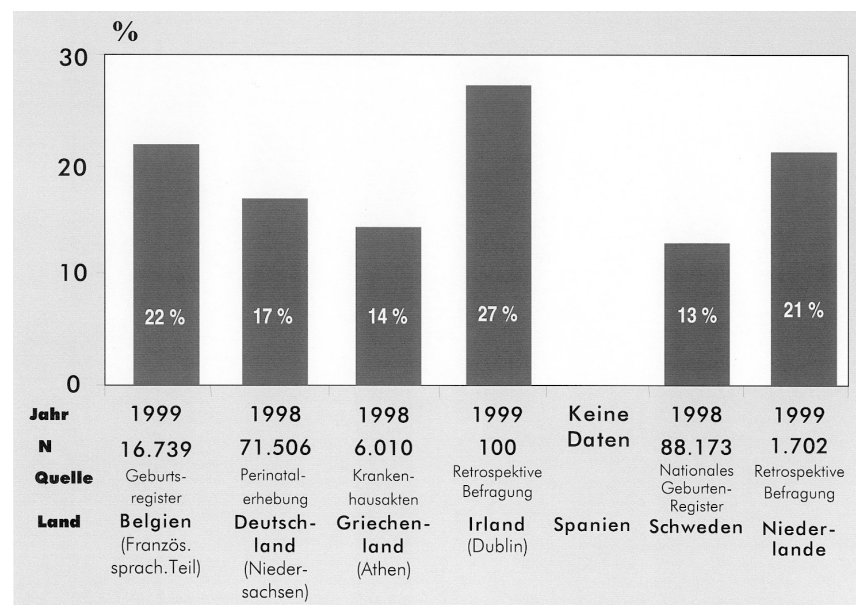


Abb. 3: Rauchverhalten Schwangerer



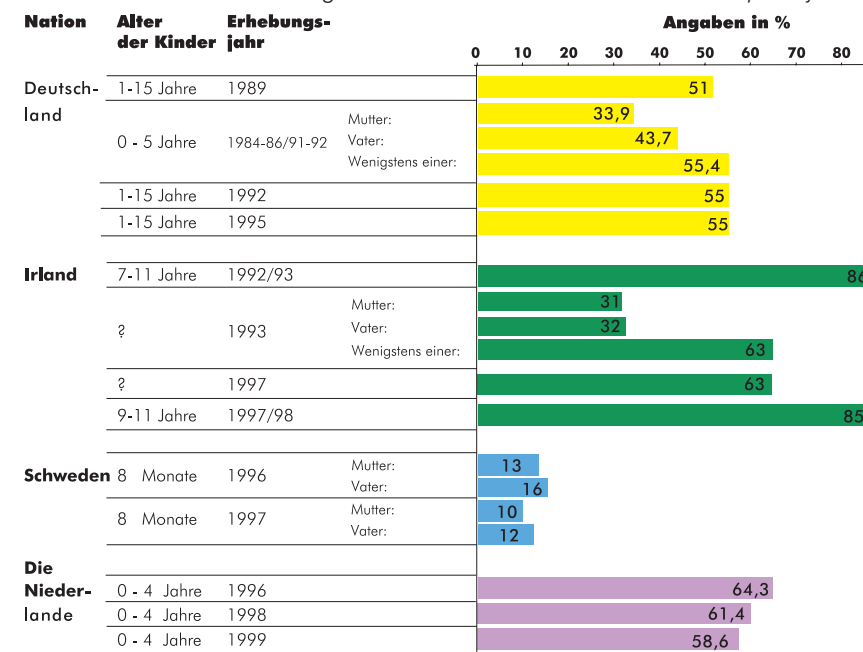
höheren Nikotinkonsum unter den Schwangeren in Irland (ABERY & LAF-FOY, 2000). Ähnlich hoch dürften auch die Zahlen für Spanien zu veranschlagt sein. Zwar werden aus der Studienregion Andalusien direkt keine Angaben zum Rauchverhalten Schwangerer berichtet (TUDELA, 2000), aufgrund von Daten aus anderen spanischen Regionen ist allerdings zu vermuten, dass das Rauchen in der Schwangerschaft eher weit verbreitet ist: Untersuchungen weisen auf eine Prävalenz des Rauchens bei spanischen Frauen von 54% bis 60% kurz vor der Schwangerschaft hin (BOLU-MAR et al., 1994; LOPEZ et al., 1998; MAS et al., 1996).

Sehr unterschiedlich ist auch die Datenlage zur Abschätzung der Passivrauchbelastung von Kindern in den EURO-scip Projektländern. Aus Bel-

gien, Spanien und Irland konnten keine Angaben zum Passivrauchen im Kindesalter vorgelegt werden. Die übrigen Länder berichten Daten, die allerdings aufgrund der verschiedenen Altersgruppen der Studienpopulationen und der Unterschiede in der Erfassung von 'Passivrauch' mit Vorsicht interpretiert werden müssen (Abbildung 4).

Trotz der eingeschränkten Vergleichsmöglichkeiten des Datenmaterials, ist der Unterschied in der Passivrauchbelastung von Kindern in Schweden zur Belastung der Kinder in den übrigen EURO-scip Ländern augenfällig. Die seit 1996 im schwedischen nationalen Geburtenregister erfassten Daten zum Rauchverhalten von Eltern mit Kleinkindern zeigen eindrucksvoll, dass von den Eltern mit etwa vier Wochen alten Säuglingen lediglich 11% der

Abb. 4: Passivrauchbelastung von Kindern in Ländern des EURO-scip-Projektes



Mütter und 17% der Väter rauchten; bei Eltern mit 8 Monate alten Babys wurden ähnlich niedrige Angaben zum Rauchen ermittelt (Mütter: 13%; Väter: 16%). Im Vergleich dazu liegt der Prozentanteil rauchender Mütter und Väter in Irland und Deutschland um etwa das Dreifache höher. Mit Ausnahme von Schweden wachsen mehr als die Hälfte der Kinder in einem Haushalt auf, in dem mindestens eine Person raucht.

Die auffälligen Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung zwischen Schweden und den übrigen EURO-scip Ländern machen eine eingehende Betrachtung der schwedischen Interventionsstrategien nötig. In keinem anderen Land, das an dem Projekt teilgenommen hat, ist eine so explizite Politik zur Förderung des Nichtrauchens verfolgt worden und sind so umfangreiche Maßnahmen zur Förderung des Rauchverzichts in der Schwangerschaft etabliert wie in dem skandinavischen Land.

IV. Das Interventionsprogramm in Schweden

Bereits Mitte der 70er Jahre wurden in Schweden die ersten Kampagnen zum Thema „Rauchen in der Schwangerschaft“ durchgeführt. Diese Maßnahmen wurden 1992 in ein umfangreiches nationales Programm überführt und weiter entwickelt. Das Programm wurde mit dem Ziel gestartet, den Prozentanteil der Raucherinnen in der Schwangerschaft zu senken und nach Beratungsmöglichkeiten zu suchen, die sich leicht in die tägliche Beratungssituation von Hebammen integrieren lassen.

Zentrales Element der interventiven Maßnahmen sind Weiterbildungs- und Schulungsseminare für Hebammen und Kinderkrankenschwestern zur effektiven Gesprächsführung und zur Durchführung von Beratung zum Nikotinverzicht. Ausgangspunkt dieser Strategie waren Untersuchungen, die erkennen ließen, dass in den Gesundheitsberufen zwar ausreichend Informationen über das Rauchen vorhanden waren, aber Unsicherheit darüber bestand, wie ein erfolgreiches Beratungsgespräch gestaltet werden soll.

Zur Unterstützung der Beratungstätigkeit durch die Hebammen und Kinderkrankenschwestern steht eine Fülle an Informationsmaterialien zur Weitergabe an die werdenden Eltern und Eltern von Säuglingen zur Verfügung. Um die Gesundheitsberufe über aktuelle nationale und internationale Forschungs- und Interventionsergebnisse zu informieren, werden ihnen darüber hinaus landesweit regelmäßig Informationen zugeschickt. Der Newsletter „Rökfria Barn“ [Rauchfreie Schwangerschaft] erscheint viermal im Jahr in einer Auflage von jeweils 6.000 Exemplaren (HAGLUND, 1999; SYLWAN, 1999, 2000).

Die jährlich erstellten Statistiken aus dem nationalen Geburtenregister über die Rauchgewohnheiten schwangerer Frauen sind ein Indikator für den Erfolg der umfangreichen Maßnahmen. Die Ergebnisse werden für die einzelnen Regierungsbezirke getrennt ausgewiesen (Abbildung 5). Die Veröffentlichung der Zahlen wird begleitet von Pressekonferenzen und Medienaktivitäten und erreichen in Schweden großes Interesse sowohl in der Bevölkerung als auch in den beteiligten Gesundheitseinrichtungen (SYLWAN, 2000).

Abb. 5(a): Regionale Entwicklung im Rauchverhalten während der Schwangerschaft in Schweden



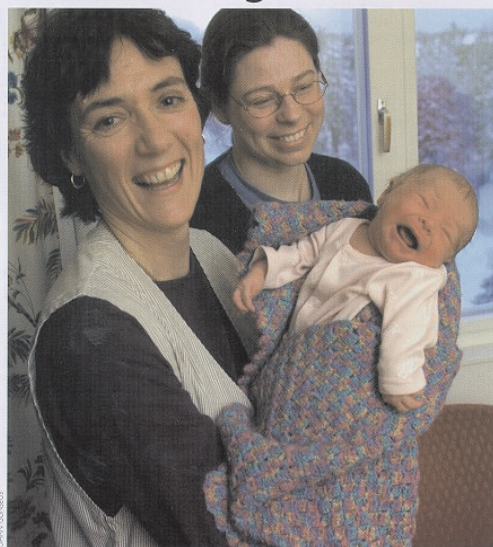
Rökfria Barn

nr 1 mars 2001

Nyhetsbrev från Cancerfonden, Folkhälsoinstitutet och Hjärt-Lungfonden

aktuellt

"Västerbotten, det är bara att gratulera!"



Barnmorskan Helene Ingvarsson – med nyfödda Izabelle i famnen – gläds åt att så få gravida i Västerbotten röker. Mamma Jenny Backlin är en av de många rökfria.

Det är bara att gratulera!

Västerbotten ligger återigen bäst till när det gäller andelen rökare bland gravida kvinnor och småbarnsföräldrar. Från en redan mycket låg nivå har andelen rökare gått ner med en procentenhet från 1998 till 1999 – samtidigt som nedgången i landet i sin helhet har planat ut.

Under 1999 rökte 7 procent av de gravida västerbottniska kvinnorna (graviditetsvecka 8-12). Riksgenomsnittet för landet var 13 procent. Fem procent av mammorna och 7 procent av papporna till nyfödda barn (födda 1998) rökte i Västerbotten jämfört med riksgenomsnittet 9 resp 13 procent.

Under hela 1990-talet har Västerbotten utmärkt sig för sin jämförelsevis mycket låga andel rökare. Detta gäller såväl gravida som "vanliga" dagligrökare. Vad är det

/Forts.nästa sida

Vet doktorn bäst?

Anmälningarna strömmar in till kurserna i motivationshöjande samtalsmetodik för barnmorskor och BVC-sjuksköterskor.

När inbjudan till en motsvarande kurs i januari gick ut till samtliga distriktsläkare inom Stockholms läns landsting anmälde sig bara två!

Visserligen angav flera intresse för en eventuell senare kurs. Men ändå. Dessutom, av de intresserade fanns ingen manlig läkare. Betyder det att läkare – speciellt manliga – redan vet hur man samtalar om levnadsvanor? Eller att de helt enkelt inte är intresserade av att lära sig?

Distriktsköterskan Lena Forsberg – se sid 3 – gick samtalskurs i november och använder dagligen sina nyvunna kunskaper. Nyligen träffade hon en astmapatient och frågade som hon lärt sig: "Har du funderat över om din astma kan påverkas av att du röker?" Patienten visade tydligt att ämnet var ytterst känsligt och Lena beslöt att ligga lågt. Samtalet gled in på andra frågor och inget mer blev sagt om rökningen. Men när patienten var på väg att gå, vände hon sig plötsligt mot Lena: "Förresten, vet du om det finns nån hjälp att få om man vill sluta röka?" Bingo!

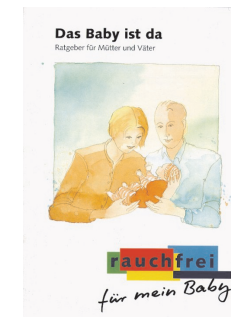
Lisen Sylwan
Redaktör

V. Die Interventionsstrategie der BZgA in Deutschland

Im Vergleich mit dem schwedischen Interventionsprogramm sind Bemühungen in Deutschland zur Reduzierung des Rauchens in der Schwangerschaft bisher nur im Ansatz zu erkennen. Erst seit September 1999

hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ihre Kampagnen „rauchfrei“ um ein Angebot zur Förderung des Nichtrauchens bei werdenden und jungen Eltern ergänzt. Das Medienpaket „Rauchfrei für mein Baby“ ist für die Beratung in der Schwangerenvorsorge entwickelt worden und besteht aus drei Teilen (Abbildung 6):

Abb. 6: Beratungsmaterial "Rauchfrei für mein Baby" der BZgA



- Das **Beratungsmanual „Rauchfrei in der Schwangerschaft“** richtet sich in erster Linie an Gynäkologen und Hebammen. Aufbauend auf dem Modell der „Stufen der Verhaltensänderung“ von PROCHASKA et al. (1994) bietet es ein Orientierungsschema für die Durchführung von Beratungsgesprächen zum Nikotinverzicht in der Schwangerschaft (BRECKLINGHAUS et al., 1999).

- Die beiden **Elternratgeber „Ich bekomme ein Baby – rauchfrei“** und das **„Das Baby ist da“** wenden sich unmittelbar an die Schwangere und ihren Partner. Zur Unterstützung der Beratungsgespräche durch Gynäkologen, Hebammen und Kinder-

ärzte sind hier Gesundheitsinformationen und Hilfen zusammengestellt, um während der Schwangerschaft, aber auch nach der Entbindung, ohne Zigaretten auszukommen.

Die Materialien sind kostenlos und können bei der BZgA angefordert werden. (Eine Bestellung ist auch über das Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de> möglich.)

Die Beratungsunterlagen sind in dem Bremer Projekt „Zur Förderung des Nichtrauchens bei Schwangeren und Eltern von Säuglingen“ entstanden, das seit 1994 durch die Europäische Kommission gefördert wird und darauf abzielt, das Beratungsverhalten von Gynäkologen und Kinderärzten zum

Nichtrauchen zu stärken und zur systematischen Durchführung von Nikotinentwöhnungsberatungen anzuregen (LANG, 1999; LANG & GREISER, 1999).

VI. Trends im Rauchverhalten Schwangerer:

Ergebnisse aus den Perinatalerhebungen in Bremen, Hamburg und Niedersachsen

Auswertungen der Angaben zum Rauchverhalten während der Schwangerschaft auf der Basis der Perinatalerhebungen aus den Bundesländern Niedersachsen, Hamburg und Bremen zeigen seit Beginn der Interventionsmaßnahmen für Bremen eine deutlich positive Entwicklung (siehe **Abbildung 7**):

- Der Anteil der Raucherinnen ist in Hamburg zwischen 1992 und 1998 in etwa konstant geblieben: 19%

der dort befragten Schwangeren geben an, zur Zigarette zu greifen.

- Für Niedersachsen ist nach Jahren stetigen Rückganges im Prozentanteil der Raucherinnen während der Schwangerschaft im Jahr 1998 erstmals wieder ein Anstieg zu verzeichnen
- Die auffälligste Veränderung ist in Bremen zu registrieren. Seit 1995 ist der Anteil der Raucherinnen deutlich zurückgegangen. Während 1995 noch 23,6% der Schwangeren rauchten, sind es 1998 nur noch 17,5%: ein relativer Rückgang von etwa 25%! Auch wenn ein kausaler Zusammenhang nicht belegt werden kann, darf darüber spekuliert werden, ob diese Entwicklung mit den Mitte 1995 in der Stadt begonnenen und bis 1998 intensivierten Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens bei Schwangeren und Eltern von Kleinkindern in Zusammenhang steht.

Wie bereits erwähnt, ist allerdings zu vermuten, dass die Zahlen zum Rau-

chen in der Schwangerschaft aus den drei Bundesländern insgesamt ein zu optimistisches Bild zeigen. Die Frauen werden in der Regel bei der Anmeldung der Geburt im Krankenhaus befragt – also etwa um den 6./7. Schwangerschaftsmonat. Zu diesem Zeitpunkt hat etwa jede dritte bis jede zweite Schwangere, mit dem Rauchen aufgehört. Der Prozentanteil Raucherinnen zu Beginn der Schwangerschaft sollte demnach etwa zwischen 25% bis 35% veranschlagt werden (Lang et al. 1999, vgl. auch Raum et al., 1999).

VII. EURO-scip Newsletter

Idealtypisch lassen sich zwei Strategien als Ausgangspunkte zum Aufbau eines kommunalen Interventionsprogrammes zur Förderung der Beratung zum Nichtrauchen während der Schwangerschaft und nach der Entbindung unterscheiden.

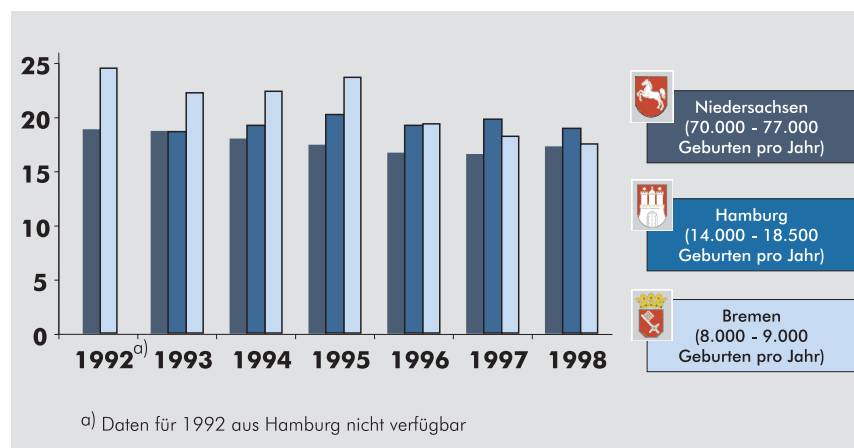
Zum einen die Konzentration auf eine ausgewählte Gruppe von Gesundheitsexperten, die intensiv in der Beratung geschult wird und deren Beratungserfolg zunächst in einem Pilotprojekt evaluiert wird. Nach erfolgreicher Evaluation des Interventionskonzeptes erfolgt die Ausweitung des Beratungskonzeptes durch die Hinzunahme weiterer Interventionsregionen. Diese Strategie verspricht einen hohen Interventionserfolg in der Pilotphase durch das häufig zunächst sehr kleine Beratungskollektiv. Dieser Ansatz steht aber oft nach Abschluss der Evaluation vor dem Problem, dass sich die zum Teil umfangreichen Beratungskonzepte nicht mühelos in den Praxisalltag integrieren lassen und so unwirksam bleiben (vgl. auch GOL-

DENBERG et al., 2000; ROLLNIK et al., 1999).

Der zweite Strategie versucht bei der alltäglichen Beratungspraxis einer großen Zahl von niedergelassenen Ärzten und Hebammen anzusetzen, und sie zunächst im Sinne eines minimalen Interventionsmodells mit Basisinformationen zu Beratungstechniken zu versorgen. Die Gesundheitsberufe sollen so motiviert werden, ihre Beratung zum Nichtrauchen zu überprüfen und gegebenenfalls neu auszurichten (vgl. z.B. BARKER et al., 2000; COOKE et al., 1996; ERSHOFF et al., 1999; HAJEK et al., 2001, MELVIN et al., 2000a; ORLEANS et al., 2001; US DHHS, 2000, ZWEBEN & FIEMING, 1999). Dieser ‚gemeindeorientierte‘ Ansatz sieht sich mit der Frage konfrontiert, dass nicht genau abzuschätzen ist, wer die angebotenen Informationen tatsächlich nutzt und in welcher Form sie in der Praxis eingesetzt werden. In Hinblick auf den Interventionserfolg in der Beratung zum Nichtrauchen kann davon ausgegangen werden, dass die Erfolgsquote dieser Interventionsstrategie hinter dem Effekt zurückbleibt, der durch eine intensive Beratungsschulung eines ausgewählten Personenkreises erreicht werden kann. Allerdings ist zu fragen, ob dieser geringere Effekt nicht durch die größere Breitenwirkung des Interventionsansatzes ausgeglichen wird, selbst unter dem Vorbehalt, dass zunächst nur die ‚motivierten‘ Gynäkologen, Hebammen und Kinderärzte ihr Beratungsverhalten zum Nichtrauchen ändern.

Im Rahmen des EURO-scip Projektes ist mit der Versendung von sogenannten „Newslettern“ dem Konzept einer ‚minimalen Interventionsstrategie‘ gefolgt worden. Aufbauend auf den po-

Abb. 7: Rauchverhalten während der Schwangerschaft - Ergebnisse der Perinatalerhebungen in Niedersachsen, Hamburg und Bremen



sitiven Erfahrungen mit dem schwedischen Newsletter „rökfria barn“ wurden auch für die anderen EURO-scip Länder ähnliche Informationssysteme initiiert.

Ziel der Newsletter ist es, in den Gesundheitsberufen über effektive Beratungsstrategien zur Förderung des Nichtrauchens zu informieren und über aktuelle Forschungsergebnisse zum Thema Rauchen in der Schwangerschaft und nach der Entbindung zu berichten. Die Newsletter erscheinen in der Landessprache der Teilnehmer-

länder und umfassen jeweils 4 Seiten. Neben projektübergreifenden Informationen, die gemeinsamer Bestandteil der meisten Newsletter sind, bestand die Möglichkeit, in jeder Ausgabe nationale oder regionale Schwerpunkte zu setzen. Bis auf die schwedischen und die niederländischen Newsletter, die im Designkonzept an bereits vorhandene Interventionsmaterialien angepasst wurden, folgten die übrigen EURO-scip Länder einem einheitlichen Gestaltungsprinzip (siehe **Abbildung 8**).

Abb. 8: Titelblätter von Newslettern aus dem EURO-scip Projekt



Im Verlauf des Projektes sind zwei Ausgaben der Newsletter realisiert worden. Insgesamt sind in den sieben Ländern mehr als 55.000 Exemplare der Informationsschrift verschickt worden. Die Zielgruppen der Versandaktionen variierten zwischen den Ländern je nach Organisation des Gesundheitssystems geringfügig. Primär wurden Hebammen auf Gemeinde- und Krankenhausebene, (Kinder-) Krankenschwestern, Gynäkologen und Kinderärzte, sowie Vertreter der Gesundheitsbehörden und andere relevante Einrichtungen des Gesundheitswesens angesprochen.

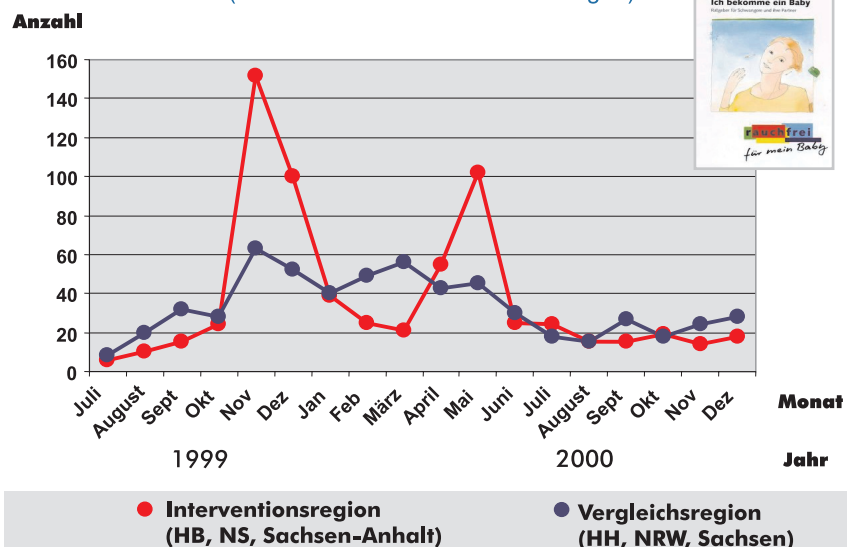
Die deutsche Ausgabe der Newsletter ist mit einer Auflage von jeweils etwa 2.000 Exemplaren an alle niedergelassenen Gynäkologen, Hebammen und Kinderärzte in drei Bundesländern (Bremen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt) verschickt worden. Diese regionale Beschränkung war gewählt worden, um eine erste Wirkungsanalyse durchführen zu können. In der Analyse wurde der Einfluss des Versandes der Newsletter auf die Materialbestellungen bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) untersucht. Auf der Grundlage der bei der BZgA eingegangenen Bestellungen von den Materialien „Rauchfrei für mein Baby“ aus den drei Bundesländern, in die die Newsletter geschickt wurden [Interventionsregion], und einer Vergleichsregion, bestehend aus den Bundesländern Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Sachsen, lassen sich unter nahezu experimentellen Bedingungen Aufschlüsse über den Effekt der Zusendung der Newsletter gewinnen (LANG, 2000b).

In die Wirkungsanalyse konnten alle Bestellungen von Beratungsbroschüren einbezogen werden, die zwischen

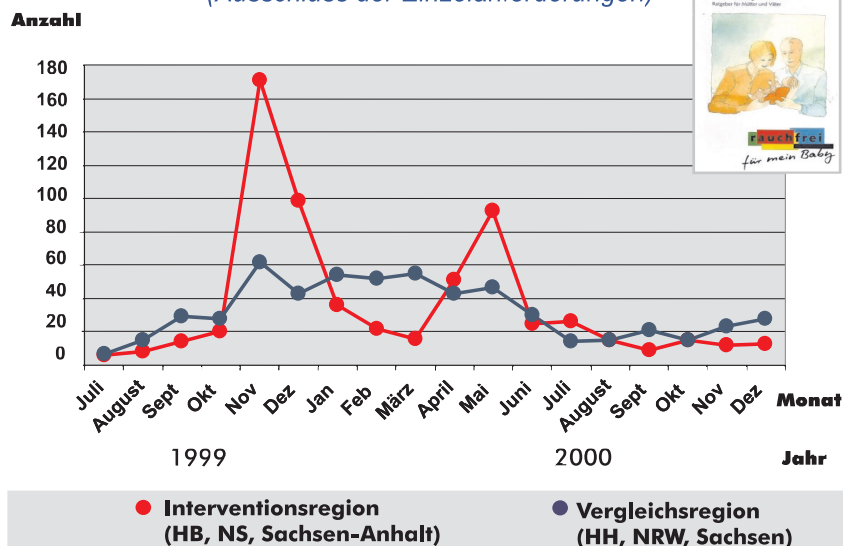
Juni 1999 und Mai 2000 an die BZgA gerichtet wurden. In dem einjährigen Evaluationszeitraum sind 4.761 Materialanforderungen bei der Bundeszentrale in Köln registriert. Die bestellten Mengen an Broschüren variierten zwischen Bestellungen von einzelnen Exemplaren bis hin zu Bestellmengen von 5.000 Broschüren. Da die anonymisierten Daten keine Rückschlüsse darüber zulassen, ob die Bestellanforderung von einer Privatperson oder aus einer Praxis bzw. Gesundheitseinrichtung kommen, wurden für die Auswertung Einzelanforderungen, d.h. Bestellungen von nur einer Broschüre, nicht berücksichtigt, da hier die Vermutung nahe lag, dass es sich um Bestellungen durch Privatpersonen handelt. Nach Ausschluss der Einzelanforderungen verblieben für die Auswertung 3.606 Bestellanforderungen aus dem ganzen Bundesgebiet mit einem Bestellvolumen von 160.000 Beratungsbroschüren.

Die Zahl der Bestellanforderungen steht dabei in einem eindeutigen Verhältnis zum Zeitpunkt der Versendung der Newsletter. In den Monaten der Aussendung der Newsletter (im November 1999 und im April 2000) liegt die Zahl der Bestellanforderung in der Interventionsregion zwei- bis dreimal höher als in der Vergleichsregion. Während für die Vergleichsregion in den Monaten November und Dezember 1999 durchschnittlich 60 Anforderungen für die Broschüre „Ich bekomme ein Baby“ registriert wurden, sind es für die Interventionsregion ca. 120 Bestellungen. Ähnlich groß sind die Unterschiede bei den Bestellungen der Broschüre „Das Baby ist da“ zwischen Interventionsregion und Vergleichsregion. Ausgehend von den 2.000 verschickten Newslettern im Oktober 1999 kann vermutet werden,

**Abb. 9: Zahl der Anforderungen der Broschüre
„Ich bekomme ein Baby“
(Ausschluss der Einzelanforderungen)**



**Abb. 10: Zahl der Anforderungen der Broschüre
„Das Baby ist da“
(Ausschluss der Einzelanforderungen)**



dass innerhalb von 2 Monaten etwa 15-20% der angeschriebenen Gynäkologen, Hebammen und Kinderärzte reagieren und Beratungsmaterial bestellen. Nach etwa 3 Monaten ist etwa wieder das Ausgangsniveau an Bestellungen erreicht, das vor der Zusendung der Newsletter bestand. Ein Anstieg ist erst wieder mit der Zusendung der zweiten Newsletter zu erkennen (Abbildung 9 und 10).

Ob damit allerdings auch schon eine Änderung in der Beratungsqualität und im Beratungserfolg verbunden ist, kann mit der vorliegenden Auswertung nicht geklärt werden. Hierzu sind weitergehende Untersuchungen notwendig, die darüber Auskunft geben können, wie die angeforderten Materialien von Ärzten und Hebammen eingesetzt werden und welcher Stellenwert ihnen bei der Reduzierung des Rauchens bei Schwangeren und Eltern von Säuglingen zukommt.

VIII. Beratungsempfehlungen

In allen Ländern des EURO-scip-Projektes ist die Gesundheitsvorsorge so organisiert, dass die werdenden Mütter im Verlauf der Schwangerschaft in regelmäßigem Kontakt mit Gynäkologen oder Hebammen sind. Im Durchschnitt kann von mindestens einem Untersuchungs- bzw. Gesprächstermin pro Monat ausgegangen werden. Dieser intensive Kontakt bietet eine sehr gute Voraussetzung, Beratung zum Nichtrauchen durchzuführen.

Eine solche Beratung muss weder aufwendig noch sehr zeitintensiv sein. Verschiedene Übersichtsartikel kommen zu dem Ergebnis, dass bereits ein Zeitaufwand von etwa 5 – 15 Mi-

nuten für eine erfolgreiche Nikotinentwöhnungsberatung ausreichen kann. Voraussetzung dafür ist geschultes Beratungspersonal und spezifisch für die Schwangerschaft konzipierte Beratungsbroschüren und Informationsmaterial (MELVIN et al., 2000; siehe auch WINDSOR et al., 1998). Selbst von einer so komprimierten Beratungsstrategie wird im Vergleich zur herkömmlichen Routineberatung („usual care“) durchschnittlich eine um 70% erhöhte Erfolgswahrscheinlichkeit für einen Rauchverzicht erwartet (MELVIN et al., 2000, p. 81). Daraus wird gefolgert, dass mit der Einführung zumindest eines minimalen Beratungskonzeptes in den Praxisalltag weitaus mehr Frauen in der Schwangerschaft zu einem Rauchverzicht motiviert werden könnten als bisher.

Im Rahmen des EURO-scip-Projektes sind daher effektive Beratungsstrategien zur Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft und nach der Entbindung zusammengestellt worden, die nachfolgend kurz beschrieben werden². Die Beratungselemente orientieren sich an den Behandlungsrichtlinien, die von FIORE et al. (2000a,b) auf der Basis umfangreicher Literaturanalysen und Expertenbefragungen entwickelt wurden (siehe auch SIMPSON, 2000; MELVIN et al., 2000; National Asthma & Respiratory Training Centre, 1999; RAW et al., 1999).

IX. Beratungsschritte

Als Grundschemata für die Beratung dienen die sogenannten „A-Tipps“,

² Der vollständige Text der Beratungsempfehlungen ist unter der Internetadresse: <http://bips.uni-bremen.de/euro-scip/> zu finden.

die ursprünglich vom amerikanischen National Cancer Institute (NCI) entwickelt wurden, und - mit verschiedenen Erweiterungen - Eingang in zahlreiche Beratungskonzepte gefunden haben (vgl. z. B. FIORE et al., 2000a,b; GOLD, 1995; National Asthma & Respiratory Training Centre, 1999).

Rauchverhalten erfragen [„Ask“]: Schwangere und Eltern von Kleinkindern sollten routinemäßig nach ihrem Rauchverhalten befragt und der Konsum-Status in den Patientenunterlagen dokumentiert werden. Je genauer das Rauchverhalten anamnestisch erfasst wird und je genauer Einstellungen und Meinungen zum Rauchverzicht besprochen werden, um so präziser können Beratungsstrategien darauf abgestimmt werden und erhöhen sich die Chancen für einen Rauchverzicht.

Rauchverzicht empfehlen [„Advice“]: Es sollte eine deutliche Empfehlung gegeben werden, auf das Rauchen zu verzichten. Mit dem Hinweis auf die Relevanz des Nichtrauchens aus allgemeinmedizinischer, gynäkologischer oder pädiatrischer Sicht sollte dazu ermutigt werden, einen Rauchverzicht zu probieren.

Bereitschaft zum Rauchverzicht feststellen [„Assess“]: Erfragen, wie die werdenden Mütter zu der Empfehlung stehen und ob sie bereit sind, auf das Rauchen zu verzichten. Auf Grund der Antwortreaktionen lassen sich drei Gruppen von Schwangeren unterscheiden:

1.) Kein Interesse an einem Rauchverzicht: Versuchen, die ablehnende Haltung zu verstehen, und weitere Unterstützung für den Fall einer späteren Meinungsänderung anbieten.

2.) (Noch) Unentschlossen: Gründe für die ambivalente Gefühlslage ansprechen und helfen, eine Entscheidung zu treffen.

3.) Entschlossen zu einem Rauchverzicht: „Aktions-Plan“ für den Rauchverzicht entwickeln (siehe folgende Hinweise).

Unterstützung für den Rauchverzicht anbieten [„Assist“]: Der „Aktions-Plan“ sollte die folgenden Schritte berücksichtigen:

1.) Festlegen eines „Stopp-Tages“: Je besser die Vorbereitung des Rauchverzichts ist, desto wahrscheinlicher ist der Erfolg. Daher sollte ein Rauchverzicht nicht übereilt und spontan durchgeführt werden, sondern nach einer gründlichen Vorbereitungszeit von etwa einer Woche.

2.) Erkennen von Rauchgewohnheiten und Suche nach Alternativen: Die Zeit zwischen der Entscheidung zum Nichtrauchen und dem STOPP-Tag sollte genutzt werden, die individuellen Rauchgewohnheiten zu erkennen und alternative Handlungsweisen zu finden, um die alten Gewohnheiten durch neue Verhaltensweisen zu ersetzen.

3.) Belohnung und positive Verstärkung: Die eigenen Erfolge sollen wahrgenommen und belohnt werden, um die Motivation für den Rauchverzicht zu stärken.

4.) Unterstützungssystem aufbauen: Das Rauchverhalten des Partners trägt entscheidend dazu bei, ob die Bemühungen der Schwangeren, weniger zu rauchen, erfolgreich sind. Die Schwangere sollte deutlich machen, wie ihr Partner

sie beim Rauchverzicht unterstützen kann.

5.) Informationen zu Entzugssymptomen: Neben negativen Stimmungen und Konzentrationsstörungen ist die am häufigsten genannte Entzugssymptomatik ein starkes Nikotinverlangen [„Craving“]. Wichtig ist zu wissen, dass das Craving nach einigen Minuten nachlässt und mögliche Entzugssymptome von Tag zu Tag schwächer werden. Hilfen bei der Bewältigung von Entzugserscheinungen können Flüssigkeitsaufnahme, Atemübungen, Zwischenmahlzeiten und das Suchen nach Ablenkung sein (KILBY, 1997).

Mit dem STOPP-Tag ist ein vollständiger Verzicht auf Nikotin anzustreben. Die Empfehlung für eine Reduzierung der Zigarettenzahl oder den Wechsel zu „Light“-Zigaretten sollte möglichst nicht gegeben werden.

Durch das Aushändigen von schriftlichem Informationsmaterial kann die Beratung weiter intensiviert werden. Broschüren mit Informationen über die gesundheitlichen Folgen des Rauchens in der Schwangerschaft und Anleitungen zur Durchführung des Rauchverzichts können den Erfolg der Beratung steigern.

Weiterbetreuung arrangieren [„Arrange“]: Die nachfolgenden Termine der Schwangerenvorsorge sollten genutzt werden, um nach dem Ergebnis der Bemühungen zum Nichtrauchen zu fragen. Falls ein Nikotinverzicht nicht erreicht werden konnte, sollte zu einem weiteren Versuch ermutigt werden, um mit dem Rauchen aufzuhören. Mögliche Frustration und Versagensängste sind abzubauen, indem auf positiven Erfahrungen

verwiesen wird, die für einen erneuten Versuch genutzt werden können.

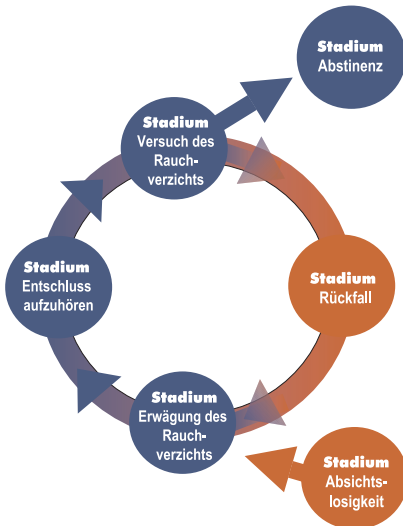
Rückfall nach der Entbindung vorbeugen [„Anticipate relapse postpartum“]: Für viele Schwangere ist der Wunsch nach einem gesunden Baby das Hauptmotiv für den Nikotinverzicht während der Schwangerschaft. Mit der Geburt des Kindes verliert dieses Argument oft an Bedeutung, und es kommt zu einer Wiederaufnahme des Rauchens. Untersuchungen weisen darauf hin, dass bis zu 60% der Frauen, die in der Schwangerschaft auf das Rauchen verzichtet haben, nach der Geburt des Kindes wieder anfangen zu rauchen (siehe z. B. McBRIDE et al., 1999). Zur Senkung der Rückfallquote nach der Entbindung sollten am besten bereits gegen Ende der Schwangerschaft oder zu einem frühen Zeitpunkt nach der Entbindung die nachfolgenden Aspekte in den Mittelpunkt der Beratung gestellt werden:

- Förderung der Stillbereitschaft
- Vermeidung des Passivrauchens für Säuglinge und Kleinkinder
- Hilfen zur Körpergewichtsreduktion
- Umgang mit Stress und Belastung

X. Modell der Verhaltensänderung

Es ist im Wesentlichen das Verdienst der Arbeitsgruppe von PROCHASKA et al. (1994), darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass die Motivation zur Änderung eines Verhaltens, wie z. B. der Weg vom Rauchen zum Nichtrauchen, sich schrittweise – meistens nicht linear, sondern kreisförmig – entwickelt und verschiedene Motivationsstadien durchläuft (**Abbildung 11**).

Abb. 11: Modell der Verhaltensänderung (nach PROCHASKA et al., 1994)



Beratung zum Nichtrauchen wird erfolgreicher, wenn sie dem jeweiligen Motivationsstadium angepasst ist (siehe z.B. PERZ et al., 1996):

Stadium: Absichtslosigkeit

Stadium, in dem kein Interesse besteht, mit dem Rauchen aufzuhören. Mögliche gesundheitliche Risiken sind nicht bekannt oder werden als nicht relevant für die eigene Situation eingestuft. Interventive Maßnahmen sollten sich auf die Zusicherung von Unterstützung, Vermittlung von Informationen und das Angebot von schriftlichem Beratungsmaterial konzentrieren.

Stadium: Erwägung des Rauchverzehrs

Eine unentschiedene, zögerliche und teilweise widersprüchliche Haltung ist vorherrschend. Das eigene Verhalten wird zwar als problematisch angesehen, zu einer Änderung kommt es aber (noch) nicht. Beratung zum Nikotinverzicht sollte sich auf die Stärkung

der Vorteile eines Rauchverzehrs fokussieren.

Stadium: Entschluss aufzuhören

Die Gründe für den Rauchverzicht überwiegen, Unsicherheit besteht noch darüber, wie der Entschluss in die Tat umgesetzt werden kann. In diesem Stadium sind Hilfen für die Entwicklung eines „Aktions-Planes“ notwendig.

Stadium: Versuch des Rauchverzehrs

Instabile Phase, in der die Absichten in Handeln umgesetzt werden! Der Umgang mit rückfallkritischen Situationen ist in diesem Stadium entscheidend. In der Beratung sollten die bisherige Leistung anerkannt und Lösungsmöglichkeiten für „kritische“ Situationen entwickelt werden.

Stadium: Abstinenz

In dieser Phase richten sich die Bemühungen auf die Aufrechterhaltung der Verhaltensänderung. Die neuen Verhaltensweisen werden zunehmend zur Gewohnheit. Ein Rückfall ist nicht ausgeschlossen, die Wahrscheinlichkeit nimmt aber ab.

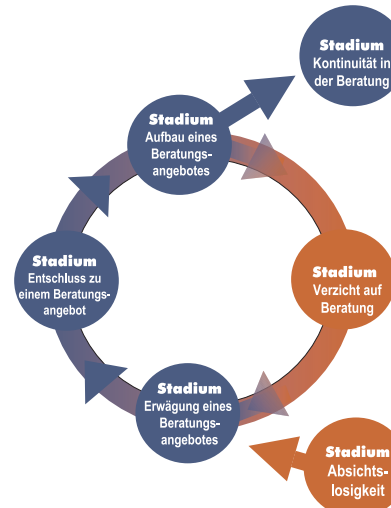
Stadium: Rückfall

Ein Rückfall bedeutet kein Versagen. Häufig sind 3-4 Versuche nötig, bis der Nikotinverzicht tatsächlich gelingt. Helfen Sie, Ursachen und Schwierigkeiten für den Rückfall zu erkennen. So kann aus dem neuerlichen Zigarettenkonsum gelernt werden, was bei einem weiteren Stopp-Versuch zu beachten ist.

Während das Stufenkonzept der Verhaltensänderung auf der Klientenseite bereits vielfach untersucht worden ist, steht m.E. die Anwendung auf die (potentielle) Beraterseite noch aus. Auch im Lichte der Erfahrungen aus dem EURO-scip-Projekt stellt sich die

Frage, welche stadienspezifischen Angebote notwendig sind, um die Motivation zur Durchführung von Nikotinentwöhnungsberatung in den Gesundheitsberufen weiter zu erhöhen und Vorbehalte möglichst abzubauen (**Abbildung 12**).

Abb. 12: Modell der Änderung im Beratungsverhalten (nach PROCHASKA et al., 1994)



XI. Schlussbemerkungen

Die Schwangerschaft bietet im Vergleich zu anderen Lebensphasen eine sehr günstige Gelegenheit für Beratungsangebote zum Rauchverzicht. Etwa 30% - 40% der Frauen, die zu Beginn der Schwangerschaft rauchen, verzichten bis zur Entbindung völlig auf den weiteren Nikotingebrauch. Studienergebnisse legen nahe, dass dieser Prozentanteil mit einfacher, kurzer Beratung durch geschultes Personal und die Weitergabe

von Informationen noch weiter erhöht werden kann.

Während z.B. in Schweden umfangreiche Informationsmaterialien und Trainingsprogramme für die Gesundheitsberufe entwickelt wurden, sind in den anderen Ländern des EURO-scip-Projekts Schulungs- und Fortbildungsprogramme für Gynäkologen, Hebammen und Kinderärzte zur Durchführung von Nikotinentwöhnungsberatung, wenn überhaupt, bisher nur in sehr geringem Maß vorhanden. In Hinblick auf eine Ausweitung des Beratungsangebotes sollten verstärkt Weiterbildungsmaßnahmen aufgebaut werden.

Durch Unterstützung und Beratung in der Schwangerenvorsorge und nach der Entbindung könnte mehr Frauen geholfen werden, auf das Rauchen zu verzichten. Verstärkte Anstrengungen sind deshalb notwendig, die Beratungskompetenz bzgl. des Rauchverzehrs bei Gynäkologen, Hebammen und Kinderärzten noch weiter zu fördern.

Um das zu erreichen, kann die Bereitstellung von Beratungskonzepten und -empfehlungen ein erster Schritt sein, der aber durch weitere zu ergänzen ist:

- Im Rahmen der Schwangerenvorsorge und den U-Untersuchungen sollten Fragen nach dem Rauchverhalten und Beratung zum Nichtrauchen unverzichtbarer Bestandteil sein. Dies wird bisher noch nicht systematisch genug durchgeführt.
- Es fehlt an Beratungsprogrammen, die sich über die gesamte Schwangerschaft **und** die Zeit nach der Entbindung erstrecken und die Kooperation zwischen den beteiligten Gesundheitsberufen fördern.

- Dem Rauchverhalten der Partner wird bisher zu wenig Beachtung geschenkt. Ob in der Schwangerschaft ein Rauchverzicht gelingt, und ob die Schwangeren über die Entbindung hinaus nicht wieder rückfällig werden, steht auch mit dem Nikotinkonsum der Partner im Zusammenhang.
- Der Vermeidung von Rückfällen nach der Entbindung ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Rückfallraten von 60% - 70% in den ersten 6 Monaten nach der Entbindung sind keine Seltenheit. Zur Vermeidung der Wiederaufnahme des Nikotinkonsums sollten die Folgen des (Passiv-)Rauchens verstärkt in den U-Untersuchungen thematisiert werden.
- Weiterbildungsangebote für Gynäkologen, Hebammen und Kinderärzte zur Verbesserung der Beratung zum Nichtrauchen sind erforderlich. Vorbehalte gegen die Beratung zum Nikotinverzicht in den Gesundheitsberufen sind oft auch mit der Unsicherheit begründet, dass nicht bekannt ist, wie eine erfolgreiche Beratung durchgeführt werden kann.

Literatur:

ABERY, M. & LAFFOY, M. (200): National Status Report: Germany, In LANG, P. (ed.): EUROpean actions on Smong Cessation In Pregnancy (EURO-scip) – Status reports and needs assessment from seven European countries – Final Report for the European Commission, (Online unter: <http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip/> [Zugriffsdatum: 31.01.2001])

American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse (2001): Tobacco's Toll: Implications for the Pediatrician (RE0041), Pediatrics, Vol 107, No. 4, p. 794-798

BARKER, D.; ROBINSON, L.A. & ROSENTHAL, A.C. (2000): A survey of managed care strategies for pregnant smokers. Tobacco Control, 9 (Suppl. III), p. 46-50

BOLLING, K. & OWEN, L. (1997): Smoking and pregnancy. A survey of knowledge, attitudes and behaviour, Health Education Authority (HEA), London

BOLUMAR, F.; REBAGLIATO, M.; HERNANDEZ-AGUADO, I. & FLOREY, C.D. (1994): Smoking and drinking habits before and during pregnancy in Spanish women, J Epidemiol Community Health, 48, 1, p. 36-40

BOTTORFF, J.L.; JONSON, J.L.; IRWIN, L.G. & RATNER, P.A. (2000): Narratives of smoking relapse: the stories of the postpartum women, Res Nurs Health, 23, 2, p. 126-134

BRECKINGHAUS, I.; LANG, P. & GREISER, E. (1999): Rauchfrei in der Schwangerschaft. Beratungsleitfaden für die gynäkologische Praxis, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Köln

COOKE, M.; MATTICK, R.P. & BARCLAY, L. (1996): Predictors of brief smoking intervention in a midwifery setting, Addiction, 91, 11, p. 1715-1725

CORRAO, M.A.; GUINDON, G.E.; SHARMA, N. & SHOKOOHI, D.F. (eds.) (2000): Tobacco control country profiles, American Cancer Society: Atlanta, GA

EBRAHIM, S.H.; FLOYD, R.L.; MERRITT, R.K.; DECOUFLE, P. & HOLTZMANN, D. (2000): Trends in Pregnancy-Related Smoking Rates in the United States, 1987 – 1996, JAMA, Vol. 283, No. 3, p. 361 – 366

ERSHOFF, D.H.; QUINN, V.P.; BOYD, N.R.; STERN, J.; GREGORY, M. & WIRTSCHAFTLER, D. (1999): The Kaiser Permanente prenatal smoking-cessation trial: when more isn't better, what is enough? Am J Prev Med, 17, 3, p. 161 – 168

FINGERHUT, L.A. et al. (1990): Smoking before, during and after pregnancy, American Journal of Public Health, 80, p. 541-544

FIORE, M.C.; BAILEY, W.C.; COHEN, S.J. et al. (2000a): Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service: Rockville, MD

FIORE, M.C.; BAILEY, W.C.; COHEN, S.J. et al. (2000a): (Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel) (2000b): A Clinical Practice Guideline for Treating Use and Dependence, A US Public Health Service Report, JAMA, Vol. 283, No. 24, p. 3244-3254

GOLDENBERG, R.L.; KLIERMAN, L.V.; WINDSOR, R.A. & WHITESIDE [Jr], H.P. (2000): Smoking in pregnancy: final thoughts. Tobacco Control, 9 (Suppl. III): p. 85-86

HAGLUND, M. (1999): Smoke-free pregnancy and early childhood – a nation wide intervention programme in Sweden (Part I), in LANG, P. & GREISER, E. (eds.): European Symposium on Smoking and Pregnancy, 25-27 May, 1998, Bremen, Germany – Proceedings, Bremen Institute for Pre-

vention Research and Social Medicine (BIPS): Bremen, p. 93-102

HAJEK, P.; WEST, R.; LEE, A.; FOULDS, J.; OWEN, L.; EISER, J.R. & MAIN, N. (2001): Randomised controlled trial of a midwife-delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy, Addiction, 96, 3, p. 485-494.

Health Education Authority (HEA) (1995): Health Update 2 – Smoking. Revised Edition, Health Education Authority: London

JOOSSENS, L. & SASCO, A. (1998): Some like it "light", Women and smoking in the European Union. Report prepared in the framework of the E.N.S.P. conference "Tobacco and Women: Understanding the past, changing the future" Paris, November 23 – 24, 1998, European Network for Smoking Prevention (ENSP): Brussels. (Online unter: <http://www.ensp.org>) [Zugriffsdatum: 02.05.2001])

LANG, P. (2000a): National Status Report: Germany, in LANG, P. (ed.): EUROpean actions on Smoking Cessation in Pregnancy (EURO-scip) – Status reports and needs assessment from seven European countries – Final Report for the European Commission. (Online unter: <http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip/> [Zugriffsdatum: 31.01.2001])

LANG, P. (2000b): Evaluation BZgA Broschürenversand – Rauchfrei für mein Baby. Interner Bericht für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS): Bremen (unveröffentlicht)

LANG, P.; BRÜGGEMANN, M.; LICHT, S. & GREISER, E. (1999): Community intervention programme to promote non-smoking in pregnant women, In TUDOR-SMITH, C. (ed.): Working together for better health: tackling tobacco, Health promotion Wales: Cardiff (UK), p. 63 – 77

LANG, P. & GREISER, E. (eds.) (1999): European Symposium on Smoking and Pregnancy, 25-27 Mai, 1998, Bremen, Germany – Proceedings, Bremen Institute for Prevention Research and Social Medicine (BIPS): Bremen

LAW, M. & TANG, J.L. (1995): An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking, Arch Intern Med, Vol. 155, p. 1933-1941

LOPEZ, A.; BOSCH, F.; JIMINEZ, E.; COS, R.; CAYUELA, E.; FORADADA, C. & BANOS, J.E. (1998): [The effect of pregnancy on the consumption of tobacco and alcohol.] Aten Primaria, 22, 3, p. 150 – 157

MAS, R.; ESCRIBA, V. & COLOMER, C. (1996): Who quits smoking during pregnancy? Scand J Soc Med, 24, 2, 102 – 106

McBRIDE, C.M. & PIRIE, P.L. (1990): Postpartum smoking relapse, Addictive Behaviours, 15, p. 165 – 168

McBRIDE, C.; CURRY, S.J.; LANDO, H.A. et al. (1999): Relapse prevention in women who quit smoking during pregnancy. American Journal of Public Health, 89, p. 706 – 711

MELVIN, C.L.; DOLAN-MULLEN, P.; WINDSOR, R.A.; WHITESIDE, H.P. & GOLDENBERG, R.L. (2000a): Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence, Tobacco Control, 9 (Suppl. III): p. 80-84.

MELVIN, C.L.; ADAMS, E.K. & MILLER, V. (2000b): Costs of smoking during pregnancy: development of the Maternal and Child Health Smoking Attributable Mortality, Morbidity and Economic Costs (MCHSAMMEC) software, Tobacco Control, 9 (Suppl. III): p. 12-15.

MILLER, W.R. & ROLLNICK, S.: Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behaviour, Guilford Press: New York, 1991

National Asthma & Respiratory Training Centre (in conjunction with the British Thoracic Society: Simply Stop Smoking. A practical pocket book, National Asthma & Respiratory Training Centre: Warwick, UK, 1999

ORLEANS, C.T.; BARKER, D.C.; KAUFMANN, N.J. & MARX, J.F. (2001): Helping pregnant smokers quit: meeting the challenge in the next decade, West J Med, 174, p. 276 – 281

PERZ, C.A.; DICLEMENTE, C.C. & CARBONARI, J.P. (1996): Doing the Right Thing at the Right Time? The Interaction of Stages and Processes of Change in Successful Smoking Cessation. Health Psychology, 15, 462 – 468

POSWILLO, D. & ALBERMAN, E. (Eds.) (1992): Effects of Smoking on the Fetus, Neonate, and Child. Oxford University Press: Oxford, New York, Tokyo

PROCHASKA, J.O.; NORCROSS, J.C. & DICLEMENTE, C.C. (1994): Changing for Good. William Morrow and Company: New York

RAUM, E.; ARABIN, B.; SCHLAUD, M.; WALTER, U. & SCHWARTZ, F.W. (1999): Der Einfluß von Rauchen, prägravidem Ernährungszustand und

Gewichtszunahme auf die intrauterine Entwicklung des Kindes: Ergebnisse einer Untersuchung in West- und Ostdeutschland, In Public-Health-Forschungsverbünde in der Deutschen Gesellschaft für Public Health e. V. (Hrsg.): Public-Health-Forschung in Deutschland, Verlag Hans Huber: Bern, S. 140 – 145

RAW, M.; McNEILL & WEST, R. (1999): Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system, BMJ, 318, p. 182 – 185

ROLLNICK, S.; MASON, P. & BUTLER, C. (1999): Health behaviour change, A guide for practitioners, Churchill Livingstone: Edinburgh

SEVERSON, H.H.; ANDREWS, J.A.; LICHTENSTEIN, E. et al. (1995): Predictors of smoking during and after pregnancy: A survey of mothers of new-borns, Preventive Medicine, Volume 24, p. 23 – 28

SEVERSON, H.H.; ANDREWS, J.A.; LICHTENSTEIN, E. et al. (1997): Reducing maternal smoking and relapse: Long-Term evaluation of pediatric intervention, Preventive Medicine, Volume 26, p. 120 – 130

SIMPSON, D.: Ärzte und Tabak: Die große medizinische Herausforderung. Tobacco Control Resource Centre at the British Medical Association: London, UK, 2000. (Online unter: <http://www.tobacco-control.org/tcrc.nsf/htmlpagesvw/resourcesfrm> [Zugriffsdatum: 04.09.2000])

SYLWAN, L. (1999): Smoke-free pregnancy and early childhood – a nation wide intervention programme in Sweden (Part II), in LANG, P. & GREISER, E. (eds.): European Symposium on

Smoking and Pregnancy, 25 – 27 May, 1998, Bremen, Germany – Proceedings, Bremen Institute for Prevention Research and Social Medicine (BIPS): Bremen, p. 103 – 108

SYLWAN, L. (2000): National Status Report: Sweden. in LANG, P. (ed.): EUROpean actions on Smoking Cessation In Pregnancy (EURO-scip) – Status reports and needs assessment from seven European countries – Final Report for the European Commission. (Online unter: <http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip/> [Zugriffsdatum: 31.01.2001])

TUDELA, T.M. (2000): [National Status Report: Spain] In LANG, P. (ed.): EUROpean actions on Smoking Cessation In Pregnancy (EURO-scip) – Status reports and needs assessment from seven European countries – Final Report for the European Commission. (Online unter: <http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip/> [Zugriffsdatum: 31.01.2001])

U.S. Department of Health and Human Services (US DHHS) (2000): Reducing Tobacco Use: A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health: Atlanta, Georgia

U.S. Department of Health and Human Services (US DHHS) (2001): Women and Smoking: A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health: Atlanta, Georgia

WINDSOR, R.A. et al. (1993): Health education for pregnant smokers: Ist behavioural Impact and cost benefit, American Journal of Public Health, Volume 83, No. 2, p. 201 – 206

WOODB, L.L.; WINDSOR, R.A.; SNYDER, S.W.; KOHLER, C.L. & DiCLEMENTE, C.C. (1999): Predictors of smoking cessation during pregnancy, Adicction, 94 (2), p. 283 – 292

World Health Organisation (WHO) (1999a): International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. 11 – 14 January, 1999, Geneva. Consultation Report, World Health Organisation (WHO), Division of Noncommunicable Diseases, Tobacco Free Initiative, Geneva (Switzerland)

World Health Organisation (WHO) (1999b): World No-Tobacco Day 1999 – Leave the pack behind, World Health Organisation (WHO): Genf

ZWEBEN, A. & FLEMING, M.F. (1999): Brief Interventions for Alcohol and Drug Problems, In TUCKER, J.A.; DONOVAN, D.M. & MARLATT, G.A. (eds.): Changing Addictive Behaviour. Bridging Clinical and Public Health Strategies, Guildford Press, New York, p. 251 – 282

„Raucherentwöhnung in der Praxis – Fallbeispiele für die Intervention“

Dipl.-Psych. Peter Lindinger

Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg

Inhalt

I. Anamnese

II. Motivation

III. Planung des Ausstiegs

Anhang

Im Rahmen der Weiterbildungsveranstaltung „Tabakabhängigkeit und Raucherentwöhnung – Basiswissen und praktische Anleitungen“ wurde an einigen typischen Falldarstellungen die beispielhafte Anwendung psychologischer und medikamentöser Behandlungsbausteine veranschaulicht. Dabei sollte im Sinne einer angewandten Wiederholung ein praktischer Wissens-Transfer erzielt werden: Die Teilnehmer skizzierten und protokollierten aufgrund einer kurzen Beschreibung eines konkreten Patienten und dem bisher Gelernten in etwa 20 Minuten einen Behandlungsplan. Nach der Kleingruppenarbeit wurden die Protokolle vorgetragen und diskutiert.

Bei der Planung der Intervention geht es in erster Linie darum, gut zu strukturieren und die Behandlungsplanung detailliert und sinnvoll an die Vorgaben der Fallgeschichte anzulehnen.

Dabei lassen sich drei Phasen unterscheiden:

- Anamnese
- Motivation
- Planung des Ausstiegs

I. Anamnese

Am Beginn einer Intervention steht die Anamnese (Anhang 1). Die Dauer der Raucherkarriere und das Einstiegsalter liefern Hinweise auf die gesundheitliche Gefährdung; je früher mit dem Rauchen begonnen wurde und je länger das Rauchverhalten besteht, desto größer ist das Erkrankungsrisiko. Wenn der Lebensgefährte raucht und nicht mit dem Klienten zusammen aufhören will, stellt dies einen erhöhten Risikofaktor dar. Bewährt hat sich die Einbeziehung des weiterrrauchenden Lebensgefährten über eine Anfra-

ge, was dieser denn freiwillig und gerne bereit wäre zu tun, den ausstiegswilligen Raucher dabei zu unterstützen.

In der Anamnese kann der Fagerström-Test zur Nikotinabhängigkeit (Anhang 2) ausgegeben werden. Bei starker Abhängigkeit (Punktwert im Fagerström-Test > 6) muss mit schweren Entzugssymptomen gerechnet werden, die durch die Verwendung von Nikotinersatztherapie bzw. Bupropion gemildert werden können. Bei abhängigen Rauchern hat die Thematisierung der bestehenden Tabakabhängigkeit einen entlastenden Effekt. Frustrierende Erfahrungen bei Ausstiegs- oder Reduktionsversuchen müssen nicht mehr nur der „mangelnden Willenskraft“, sondern können auch der suchterzeugenden Substanz zugeschrieben werden. Für stark abhängige Raucher scheint die Kombination von unterschiedlichen Produkten (z. B. Nikotinpflaster als Dauermedikation sowie zusätzlich Nasal-Spray oder Nikotin-Kaugummi) effektiv zu sein.

II. Motivation

Zum Rauchen haben die meisten Raucher ein ambivalentes Verhältnis. Beim Rauchen finden sich simultan das „eigentlich rauche ich gerne“ und das „eigentlich will ich schon lange damit aufhören“. Die Entscheidung, ob und wann ein Klient mit dem Rauchen aufhören will, kann ihm nicht abgenommen werden. Wenn der Ausstieg zunächst wie ein unüberschaubarer Berg erscheint, kann auf das Unterteilen in kleine Schritte hingearbeitet werden. Die Ambivalenz wird angesprochen und der Klient wird

zum Experimentieren angeregt: „*Sie wollen schon länger Nichtraucher werden und haben dennoch weiter geraucht. Jetzt können wir den Spieß doch umdrehen: Rauchen Sie nicht mehr, obwohl Sie manchmal noch gerne rauchen würden.*“

Die Bewertung der Vor- und Nachteile des Rauchens verändert sich im Laufe der Zeit: Gerade wenn sich Raucher in der Vorbereitung des Ausstiegs befinden, gewinnen die Vorteile des Nichtrauchens enorm an Bedeutung. Die eigene Ausstiegsmotivation kann durch das Erstellen einer ganz persönlichen Motivationsliste geklärt und verstärkt werden. Wenn Raucher die Gründe für ihren Rauchstopp in eigene Worte gefasst haben und sich intensiv mit diesen Vorteilen beschäftigen, haben sie größere Erfolgssausichten.

Nichtrauchen bringt ganz konkrete Vorteile, die bei jedem Raucher etwas anders gelagert sind. Wenn eine medizinische Indikation für den Rauchstopp besteht, sollte die Bedeutung des Ausstiegs für den Gesundheitszustand des Klienten deutlich gemacht werden. Darüber hinaus finden die anderen Lebensbereiche Eingang in das persönliche Motivbündel.

Fällt es dem Klienten schwer, konkrete Vorteile zu formulieren, erhält er in einem oder zwei Bereichen Hilfestellung; entscheidend ist jedoch, dass er in seinen Worten die für ihn emotional bedeutsamen Vorteile beschreibt und im Motivationsbogen (Anhang 3) festhält. Verstärkt werden kann dessen Effekt, wenn der Patient weitere Bögen anfertigt, die beispielsweise am Badezimmerspiegel angebracht oder in der Geldbörse aufbewahrt werden können.

III. Planung des Ausstiegs

Bei ausstiegswilligen Rauchern wird unmittelbar ein erster rauchfreier Tag geplant:

Die konkrete Ansprache kann z.B. lauten: „*Wir haben die Erfahrung gemacht, dass ein Aufhörversuch innerhalb der nächsten Tage die besten Erfolgsaussichten hat. Gibt es einen konkreten Tag, der Ihnen besonders günstig erscheint?*“

„*Wir sollten jetzt Ihren ersten rauchfreien Tag gleich festlegen: Ist ein Wochentag besser als ein Tag am Wochenende?*“

Nicht immer können alle Bedenken ausgeräumt werden. Als Bild bietet sich ein Prüfungstermin an; auch dort steht zunächst der Termin, und erst dann wird intensiv an der Vorbereitung gearbeitet. Niemand kann vorhersehen, wie die Prüfung ausgeht; aber wenn man nicht antritt, kann man sie auch nicht bestehen.

„*Was würde Ihre Bereitschaft vergrößern, bald aufzuhören?*“

„*Welche Situation ist für Sie besonders schwierig?*“

„*Was machen Sie, wenn andere Raucher anwesend sind?*“

„*Was genau passiert morgens nach dem Aufstehen?*“

„*Wie können Sie mit Niedergeschlagenheit oder Angespanntheit umgehen?*“

Folgende Fallgeschichten für die Kleingruppen – Arbeit wurden angeboten

- Der hoffnungslose Fall: Der Patient bezeichnet sich selbst als hoffnungslosen Fall, weil er schon alles versucht habe, um mit dem

Rauchen aufzuhören und immer nur einige Tage Abstinenz geschafft habe

Der Aufarbeitung dieser negativen Selbstzuschreibung muss genügend Zeit eingeräumt werden, bevor an einer Behandlungsplanung gearbeitet werden kann. Dazu ist es notwendig, zunächst die „richtigen“ Fragen zu stellen:

- Wie kommt der Patient zu dieser Selbsteinschätzung?
- Welche Methoden hat er bislang angewandt?
- Welches war die bislang längste Abstinenzphase?
- Welche Faktoren macht er für die Abstinenz, welche für den Rückfall, verantwortlich

Als allgemeine Strategie ist das Fragenstellen grundsätzlich günstiger als das sofortige Anbieten von Lösungen und Rezepten.

Die Erwähnung einer tagelangen Abstinenz kann die Neubewertung der Selbstzuschreibung im Sinne „gescheiterte Versuche mit zeitweiser Abstinenz sind Teilerfolge“ einleiten: Jemand, der es schon einmal ein paar Tage geschafft hat, kann zwar ein schwerer, muss aber kein hoffnungsloser Fall sein.

Häufig haben bisherige Aufhörversuche zumindest zu einer vorübergehenden Abstinenz geführt, so dass die damals angewandten Maßnahmen zumindest teilweise erfolgreich waren. Dieser Teilerfolg sollte auf die eigenen Anstrengungen des Klienten attribuiert werden. Aus diesen gescheiterten Versuchen werden Teilerfolge, die das Fundament für den neuerlichen Versuch bilden. Aus den damaligen Rückfallbedingungen ergeben sich wichtige Hinweise auf zukünftige

Rückfallrisiken. Bei Rückfall nach Nikotinersatztherapie ist die korrekte Anwendung und Anwendungsdauer sowie eventuelle Nebenwirkungen (allergische Reaktionen, Schlafstörungen bei 24h-Pflaster) zu eruieren; häufig wird zu früh abgesetzt oder das Medikament nicht optimal angewandt (z.B. das Kaugummi zu schnell und kurz gekaut).

Daran kann sich die Anamnese mit Fagerström-Test (s. Anhang 2) und der Ermittlung der Aufhörbereitschaft anschließen. Erst danach sollten therapeutische Schritte eingeleitet werden, wie z.B. das Herausarbeiten der persönlichen Ausstiegsmotivation (s. Anhang 3), Informationen über effektive medikamentöse Therapien (Nikotinersatztherapie oder Bupropion). Wenn der Klient von sich aus eine intensive Intervention bevorzugt, kann eine Empfehlung für die Teilnahme an einem verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramm ausgesprochen werden. Selbsthilfebücher oder auch „alternative“ Methoden erscheinen bei einem „schwierigen“ Fall nicht ausreichend.

- Die rauchende Schwangere: Die Patientin hat ihren Konsum nach Bekanntwerden der Schwangerschaft zwar reduziert, konnte sich bislang jedoch nicht zu einem Rauchstopp entschließen.

Beim Fallbeispiel „rauchende Schwangere“ ist besonders zu beachten, ob

- die Patientin ausreichend über die Schädlichkeit des Rauchens (auch bei deutlich reduziertem Konsum) in der Schwangerschaft informiert ist,
- sie eventuell der Ansicht ist, dass ein Rauchstopp und die damit einhergehende Entzugsphase dem ungeborenen Kind schaden könnte,

- sie schon Ausstiegsversuche unternommen hat, welcher Art diese Versuche waren und zu welchem Ergebnis sie geführt haben,
- ausreichend soziale Unterstützung im Umfeld der Patientin (Partner, Eltern, Freundeskreis) vorhanden ist.

Rauchenden Schwangeren sollte eine Raucherentwöhnung mittels aufklärenden und verhaltensbezogenen Interventionen angeraten werden, bevor pharmakologische Therapien eingesetzt werden. Hierbei ist ein nicht-direktives Vorgehen im Sinne des Motivational Interviewing angezeigt, um der Klientin eine Klärung der eigenen Ausstiegsmotivation zu ermöglichen.

Wenn die Abstinenz anders nicht erzielt werden kann, sollten die Risiken und Vorteile der medikamentösen Therapien erwogen und der Patientin erklärt werden. Die Entscheidung, medikamentöse Therapien zu benutzen, sollte als Einzelfallentscheidung nach einem Gespräch zwischen Patientin und Arzt getroffen werden.

- Der gesundheitsbewusste Raucher: Dieser Patient raucht nur Light-Zigaretten und pflegt ansonsten einen sehr gesunden Lebensstil.

Auch in diesem Beispiel müssen eingangs einige Fragen geklärt werden:

- Ist der Patient der Ansicht, dass Light-Zigaretten weniger gesundheitsschädlich seien?
- Ist der Patient deswegen auf eine Light-Zigarette umgestiegen?
- Wenn ja, wie hat sich der Tageskonsum verändert?

Die Bezeichnungen „light“ oder „mild“ sind irreführend, implizieren sie doch

eine relativ gesündere Zigarette. Tatsache ist aber, dass Zigaretten mit niedrigen Teer- und Nikotin-Werten keine oder nur minimale Vorteile im Vergleich zu normalen Zigaretten aufweisen. Weil das Rauchverhalten durch das Bedürfnis nach Nikotin gesteuert wird, passen Raucher die Inhalationsstärke und -menge an, um die erwünschte Nikotindosis aufzunehmen. Raucher können auch die Ventilationsporen am Filter mit den Fingern oder Lippen verschließen, um einen konzentrierteren Rauch aufzunehmen. Die Folge ist, dass leichte Zigarettenmarken dem Raucher dieselbe Menge Nikotin und Teer liefern wie starke Zigarettenmarken. Außerdem enthalten Light- oder Mild-Zigaretten dieselben durch den Verbrennungsprozess beim Rauchen entstehenden krebserzeugenden Substanzen.

Einige der neuen Tabakprodukte setzen weniger krebserzeugende Stoffe und weniger Verbrennungsgase frei. Dennoch konnte bei keinem dieser Produkte nachgewiesen werden, dass sie die Risiken des Zigarettenrauchens vermindern oder bei der Raucherentwöhnung nützlich sind.

Schließlich kann die Anamnese vervollständigt und die persönliche Motivation geklärt werden, bevor dann die schon oben erwähnten therapeutischen Maßnahmen greifen.

- Der Raucher, der in einer Anzeige von einer neuen Wundermethode gelesen hat, und diese Methode anwenden will

Hier sollte zu Beginn geklärt werden, um welche Methode es sich genau handelt. Wenn Methoden nachgefragt werden, die in den Medien vorgestellt wurden, kann ein Kommentar von

Prof. STUMPFE, Leiter der Forschungsstelle Rauchen und Nikotinabhängigkeit, zur Orientierung dienen:

„Es ist zur Zeit zu beobachten, dass die Erwähnung einer Methode von (unwissenden) Journalisten als Qualitätsmerkmal benutzt wird. Die Medienberichte ersetzen wissenschaftliche Untersuchungen! Viel Leser/Zuschauer glauben wohl, dass alles, was in den Medien gebracht wird, auch wissenschaftlich geprüft sei. Das trifft aber leider in keiner Weise zu. Die Medien sind an interessanten Neuigkeiten interessiert und eine wissenschaftliche Untersuchung erfolgt meistens nicht.“

Raucher sollten ausreichende Informationen zu „alternativen Entwöhnungsmethoden“ erhalten, um eine aufgeklärte Auswahl treffen zu können. Dabei sollte der Aufhörversuch nicht abgewertet werden, um den Raucher nicht zu entmutigen.

Viele dieser „alternativen“ Entwöhnungsmethoden werden kommerziell angeboten und beworben. Zu einigen Verfahren liegen Wirksamkeitsnachweise vor, die nur wenig über einem Placebo-Effekt liegen, wobei auch ein Placebo-Effekt sehr wertvoll sein kann.

Zu Hypnose und Akupunktur liegen nur unzureichende Wirksamkeitsnachweise vor: Zu Hypnose liegen keine aussagekräftigen Studien vor; bei Akupunkturbehandlungen finden sich bloß Placebo-Effekte und oftmals hohe Initialabstinenzquoten, aber keine Hinweise auf dauerhafte Erfolge.

- Der Kurzzeit-Nichtraucher in einer starken Rückfallkrise: Dieser Patient hat nach 2 Monaten Abstinenz starke Verlangensgefühle (craving) und klagt über Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und Konzentrationsstörungen

Einleitend bietet sich eine positive Ansprache und das Aussprechen von Lob für die zwei Monate Abstinenz an; zur Sprache kommen sollte auch die Tatsache, dass der Klient nicht den „einfachen Weg“ wählt und einfach wieder raucht, sondern seine Anstrengungen fortsetzt.

In einer Verhaltensanalyse können folgende Punkte geklärt werden:

- Wann genau taucht das craving auf?
- Ist das Auftauchen an bestimmte Umgebungsbedingungen oder Befindlichkeiten gekoppelt?
- War die Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit auch in der ersten Woche nach dem Ausstieg zu beobachten?

Hier liegen Hinweise auf eine depressive Symptomatik vor. Diese können als vorübergehende Entzugssymptome gedeutet werden. Spaziergänge, heiße Bäder, Massagen und Dehn- und Streckübungen bieten sich an. Morgendliche oder abendliche Pausenzeiten sollten einen festen Platz im Tagesplan erhalten. Bei hoher Intensität und langer Dauer der Symptome sollte zur Abklärung an einen Facharzt verwiesen werden. Wenn depressive Symptome nicht unmittelbar nach dem Ausstieg, sondern erst einige Zeit danach auftauchen, kann das ein Indikator einer Depression sein.

In neuesten Untersuchungen (BATRA 2000) finden sich Hinweise, dass eine Tabakabstinenz zur Pathogenese der Depression beitragen kann. Zudem gehen depressive Episoden in der Anamnese mit einem starken und abhängigen Rauchen einher. Es bleibt unklar, ob Rauchen eine Folge der Depression oder die Depression eine Folge des Rauchens ist. Raucher mit depressiven Störungen entwickeln häufig in der ersten Abstinenzzeit

erneut depressive Symptome. Deshalb kann vermutet werden, dass Raucher in therapeutischer Absicht das Rauchen als „Antidepressivum“ einsetzen.

- Der rauchende Lokomotivführer: Dieser Patient gibt an, trotz hohen Konsums nicht mit dem Rauchen aufhören zu können, weil das seine Konzentration so sehr stört, dass er Angst hat, an seinem Arbeitsplatz entscheidende Fehler zu machen. Dies hat sich beim letzten Rauchstoppversuch ereignet, ohne dass dabei ein nennenswerter Schaden entstanden ist.

In vielen Fallbeispielen tauchen „Fallen“ auf, in die Berater und Experten leicht hineintappen können. Hier offeriert der Klient eine intellektuelle Beweisführung, dass niemand rauchen müsse, um seine Arbeit erledigen zu können. Diese Falle gilt es unbedingt zu vermeiden; Details zum Umgang mit derartigen Klientenausagen finden sich im Motivational Interviewing.

Die genannten Konzentrationsstörungen sind ein typisches, aber vorübergehendes Entzugssymptom, das bei der Verwendung medikamentöser Therapien deutlich schwächer auftritt. Die Empfehlung der passenden Produkte, möglicherweise auch eine Kombination einer Basismedikation mit einem Notfallmedikament (Nikotin-nasalspray); eventuell den Ausstieg in eine dienstfreie Zeit legen.

- Die Raucherin mit Gewichtsproblemen: Diese normalgewichtige Patientin wäre nur zu einem Rauchstopp bereit, wenn dieser nicht mit einer Gewichtszunahme einherginge.

Hier sollte eine Aufklärung über den Zusammenhang von Rauchen und Gewichtskontrolle am Anfang stehen:

Die meisten Raucherinnen und Raucher nehmen zu (im Schnitt etwa 3 Kilogramm), wenn sie aufhören zu rauchen. Gewichtszunahmen dieser Größenordnung stellen im Vergleich zu drohenden Gesundheitsschäden durch Weiterrauchen einen zu vernachlässigenden Risikofaktor dar. Die vermehrte Aufnahme von Kalorien und der Wegfall von Nikotin als kalorienverbrennende Substanz sind für den zu beobachtenden Gewichtsanstieg verantwortlich.

Die völlige Vermeidung einer Gewichtszunahme erscheint unrealistisch bzw. ist nur mit großem Aufwand zu realisieren, so dass mit der Klientin an einer akzeptierenden Haltung gegenüber einer vorübergehenden, geringen Gewichtszunahme gearbeitet werden sollte.

Sie sollten nicht nur darauf achten, dass Sie nicht mehr Kilokalorien zu sich nehmen.

An praktischen Verhaltenstipps sind zu nennen: Treppen steigen statt Aufzug, mit dem Fahrrad zum Bäcker, Abendspaziergänge statt Fernsehabende und Tanzen sind ein Einstieg zum Ankurbeln des Stoffwechsels.

In Frage kommt auch ein Gewichtsreduktion, solange noch geraucht wird:

„Wenn Sie in zwei oder drei Wochen mit dem Rauchen aufhören werden, können Sie vielleicht zwei bis drei Kilogramm Gewicht reduzieren. Dieses lässt sich hervorragend koppeln mit dem Auffüllen Ihrer Vitaminedepots. Essen Sie dazu große Mengen von Gemüse (auch roh) und ein halbes Pfund Obst täglich.“

Auch medikamentöse Entwöhnungshilfen können helfen: Nikotinersatztherapie und Bupropion haben die erwünschte Nebenwirkung, dass eine eventuelle Gewichtszunahme verzögert wird bzw. die Gewichtskontrolle aufgeschoben werden kann.

Nach dem Rauchstopp ist das Diät-Halten nicht empfehlenswert:

Während einer Diät erhält der Körper laufend die Information, dass er sich quasi in einer Notsituation befindet, wo ein vorrangiges Ziel darin besteht, Reserven zu mobilisieren und Umsatz zu reduzieren. Ist diese künstlich herbeigeführte Notsituation „Diät“ vorbei, bleibt der Kalorienverbrauch noch eine Zeitlang reduziert. Hinzu kommt, dass der Körper sich weiter bemüht, Reserven für die nächste Not anzulegen.

Auf der psychischen Ebene passiert ähnliches: Das, was wir uns laufend verbieten, gewinnt immer mehr an Attraktivität. Der massiv unterdrückte Wunsch danach macht sich dann in unkontrollierbaren Gelüsten und Hungerattacken bemerkbar. Dammbbruch-artige Fressattacken sind die kaum umgehbare Konsequenz.

Anhang 1 Heidelberger Anamnesebogen

Name, Vorname: _____	
Alter: ____ Jahre	
Geschlecht: Weiblich ☐ Männlich ☐	
Wie lange rauchen Sie schon? ____ Jahre	
In welchem Alter haben Sie mit dem Rauchen angefangen?: ____ Jahre	
Hat in der letzten Zeit ein Raucher aus Ihrer näheren Umgebung aufgehört?	
ja	☐
nein	☐
Ist in der letzten Zeit ein Raucher aus Ihrer näheren Umgebung schwer erkrankt?	
ja	☐
nein	☐
Raucht Ihr Partner/Partnerin?	
ja	☐
nein	☐
kein Partner	☐
Punktwert Fagerström-Fragebogen (11.1): ☐ ☐ Punkte	
Tabakabhängigkeit:	
gering (0 bis 4 Punkte)	☐
mittel (5 bis 6 Punkte)	☐
stark (7 bis 10 Punkte)	☐
Planen Sie ernsthaft, bald mit dem Rauchen aufzuhören?	
ja	☐ weiter zur nächsten Frage
nein	☐ Stadium stabiler Raucher
Haben Sie in der letzten Zeit ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?	
ja	☐ weiter zur nächsten Frage
nein	☐ Stadium absichtsvoller Raucher
Waren Sie in den letzten vier Wochen längere Zeit vollkommen rauchfrei?	
ja	☐ Stadium rückfälliger Raucher
nein	☐ Raucher in der Vorbereitungsphase
Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Ausstiegsversuch unternommen und dabei mindestens 24 Stunden nicht geraucht?	
ja	☐
nein	☐
Welche Hilfsmittel haben Sie bei vergangenen Aufhörversuchen benutzt?	

Anhang 3 Motivationsbogen

Die eigene Ausstiegsmotivation kann durch das Erstellen einer ganz persönlichen Motivationsliste verstärkt werden. Raucher, die gute Gründe haben, mit dem Rauchen aufzuhören, haben größere Erfolgsaussichten. Die Bewertung der Vor- und Nachteile des Rauchens verändert sich im Laufe der Zeit: Gerade wenn Sie sich in der Vorbereitung des Ausstiegs befinden, gewinnen die Vorteile des Nichtrauchens enorm an Bedeutung.

Formulieren Sie einen ganz persönlichen Nutzen, den das Nichtrauchen in den unterschiedlichen Bereichen Ihres Lebens bringt und fügen Sie diesen Nutzen hier ein:

Mein Nutzen im gesundheitlichen Bereich:

Mein Nutzen im Bereich Fitness und Wohlbefinden:

Mein Nutzen im ästhetisch-kosmetischen Bereich:

Mein Nutzen im sozialen Bereich:

Mein Nutzen im finanziellen Bereich:

Mein Nutzen im Bereich Selbstbild:

Zusätzliche Vorteile finden sich, wenn Sie an Zigaretten-Zwangspausen, Vorratshaltung oder Beschaffungszwang, Ängste vor schlimmen Erkrankungen, Streit und Konflikte, körperliche Übelkeit oder Vorwürfe von anderen denken. Fertigen Sie zwei zusätzliche, kleinere Motivationsbögen an. Tragen Sie den einen immer bei sich – beispielsweise zusammengefoldet in der Geldbörse – und bringen Sie den anderen an einem Ort an, wo er Ihnen am Tage mehrmals ins Auge fällt (z.B. am Badezimmerspiegel, an einer Zimmertüre..)

Keine Hilfsmittel	☐	Hypnose	☐
Nikotinpflaster	☐	Gruppenprogramm	☐
Nikotinkaugummi	☐	Buch	☐
Nikotin-Nasalspray	☐	Broschüre	☐
Bupropion	☐	Sonstiges	☐
Akupunktur	☐		

Anhang 2 Der Fagerstöm-Fragebogen zur Nikotinabhängigkeit

Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?	innerhalb von 5 min	3
	6 bis 30 min	2
	31 bis 60 min	1
	nach 60 min	0
Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist, (z.B. Kirche, Bücherei, Kino usw.) das Rauchen zu unterlassen?	ja	1
	nein	0
Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?	die erste am Morgen	1
	andere	0
Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?	bis 10	0
	11 bis 20	1
	21 bis 30	2
	31 und mehr	3
Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?	Ja	1
	nein	0
Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?	Ja	1
	nein	0
Gesamtpunktzahl:		

„Smoking cessation services“ – ein etabliertes ambulantes Angebot in England

Dr. Dawn Milner

Senior Medical Officer

Department of Health Cancer Prevention and Tobacco Policy Team

Wellington House, 133 – 155 Waterloo Road, London, SE1 8UG

Übersetzung:

Ruth Langer, Projekt “Search”

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Gesundheitsabteilung

Warendorfer Straße 25-27

48133 Münster

Inhalt

I. Warum hat Großbritannien sich entschieden, Angebote bereitzustellen, um Rauchern beim Ausstieg zu helfen?

II. Die globale Situation

III. Britische Tabak-Kontroll-Politik

IV. Der NHS-Plan

V. Herausforderungen der Zukunft

VI. Europa-Neuigkeiten der WHO

Glossar

Literatur

I. Warum hat Großbritannien sich entschieden, Angebote bereitzustellen, um Rauchern beim Ausstieg zu helfen?

Rauchen ist in Großbritannien die Hauptursache für vermeidbare Krankheiten und vorzeitiges Sterben; es verursacht ca. 120.000 Todesfälle im Jahr. Dadurch entstehen beträchtliche Kosten für Regierung und Gesellschaft, so die Kosten, die dem National Health Service (NHS)¹ durch die verstärkte Inanspruchnahme der knappen Ressourcen der Gesundheitsdienste sowie durch die verminderte Produktivität der Raucherinnen und Raucher entstehen. Die Behandlungskosten für mit dem Rauchen in Zusammenhang stehende Krankheiten wurden auf ca. 1,5 bis 1,7 Milliarden £² geschätzt. Darüber hinaus entstehen Kosten für die Behandlung von Gesundheitsschäden bei Passivraucherinnen und -rauchern. Rauchen beeinflusst die Gesundheit von Nichtrauchern: niedriges Geburtsgewicht, plötzlicher Kindstod, Lungenkrankheiten bei Kindern, Lungenkrebs bei Erwachsenen und Herzkrankheiten.

1997 schätzten STODDARD und GRAY³, dass das Passivrauchen verantwortlich war für 19 % aller Ausgaben, die in den USA für die Verbesserung der Atmung im Kindesalter aufgewandt wurden. GODFREY et al.⁴ schätzten die Kosten, die dem NHS in England und Wales durch das Passiv-

rauchen von Kindern entstanden, auf 410 Mio. £. BUCK und GODFREY⁵ schätzten die Kosten für Feuerschäden, die 1991 in England und Wales durch das Rauchen verursacht worden waren, auf 150 Mio. £ (darin nicht eingeschlossen ist der Wert für den Verlust von Leben). 1996 schätzten PARROTT et al.⁶ die durch Rauchen am Arbeitsplatz verursachten Gesamt-Produktionseinbußen in Schottland auf fast 400 Mio. £ pro Jahr. In den Jahren 1990/91 gab es in England und Wales 34 Mio. Fehl-Arbeits-tage durch Krankheiten, die mit dem Rauchen im Zusammenhang standen; die dadurch bedingten Kosten wurden auf 328 Mio. £ geschätzt. Die Schlussfolgerung aus all diesen Fakten ist, dass das Rauchen beträchtliche gesundheitliche und wirtschaftliche Auswirkungen in Großbritannien hat.

II. Die globale Situation

Im Jahre 2030 wird Tabak weltweit die Todesursache Nr. 1 sein: 10 Millionen Tote bzw. einer von sechs aller Todesfälle pro Jahr. Der Weltbank-Bericht „*Curbing the Epidemic*“ („Die Epidemie im Zaum halten“)⁷ stellte fest, dass sieben von zehn Todesfälle in Ländern mit niedrigen bis mittleren Einkommen vorkommen werden. Rauchen ist am verbreitetsten in ärmeren Gruppen und erklärt wenigsten zur Hälfte die Unterschiede in der Lebenserwartung. Die unterschiedliche Lebenserwartung bezieht sich auf Erfahrungen in den Industrieländern. Die für die nächsten 20-40 Jahre vorhergesagten Sterblichkeitsraten wird man nur beeinflussen können, indem man jetzigen Raucherinnen und Rauchern beim Aus-

stieg hilft. Werden junge Menschen heute vom Rauchen abgehalten, werden sich die Todeszahlen in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts verringern. Geht man von einer Nulllinie im Jahr 1950 aus, so werden die kumulierten Todeszahlen im Jahr 2050 schätzungsweise 520 Millionen erreichen. Halbiert sich die Zahl der jungen Menschen, die mit dem Rauchen anfangen werden, reduziert sich die Zahl der Raucherinnen und Raucher auf 500 Millionen im Jahr 2020. Sie reduziert sich jedoch auf 340 Millionen im Jahr 2020, sollte sich der Konsum der derzeitigen Raucherinnen und Raucher halbieren.

Behandlung der Tabakabhängigkeit?

- heutige Raucherinnen und Raucher müssen aufhören zu rauchen, um die vorhergesagten Todeszahlen in den nächsten 20-40 Jahren zu reduzieren
- gesundheitliche Vorteile bei der Aufgabe des Rauchens, bevor Krankheiten herausgebildet werden
- kosteneffektive und klinisch erfolgreiche Behandlungsmethoden stehen zur Verfügung
- ohne Unterstützung beträgt die jährliche Ausstiegsrate nur ca. 1,5 %

Zahlen aus dem Allgemeinen Englischen Haushaltsbericht

1998 rauchten in England 27 % aller Erwachsenen ab 16 Jahren (28 % Männer, 26 % Frauen). Diese Zahl variiert innerhalb der sozialen Gruppen: 32 % bei handwerklich tätigen Menschen, 21 % bei Nicht-Handwerkern. 1978 lag die Verbreitung des

Rauchens bei 40 %. Diese Zahl pendelte sich in den Neunzigern ein. 1999 rauchten 9 % der 11-15jährigen Kinder regelmäßig (8% Jungen, 10 % Mädchen). Die Zahl der ehemaligen regulären Raucherinnen und Raucher stieg von 23 % im Jahr 1982 auf 26 % in 1998. Geraucht wird am häufigsten in der Gruppe der 20-24jährigen:

42 % Männer und 40 % Frauen. 1998 sagten 69 % der Raucherinnen und Raucher in England, dass sie das Rauchen aufgeben wollten.

III. Britische Tabak-Kontroll-Politik

Im Anschluss an einen Tabak-Gipfel in London, der im Juli 1997 mit Experten aus aller Welt durchgeführt wurde, veröffentlichte die britische Regierung im Dezember 1998 ihr Weißbuch zur Tabak-Kontrolle: „*Smoking Kills*“ („Rauchen tötet“). Dieses politische Dokument nannte eine Reihe von Initiativen zur Reduzierung des Rauchens. Dazu gehören regelmäßige Preiserhöhungen, mehr Geld zur Bekämpfung von Schmuggel, eine *Public Places Charter* mit der Gastronomie (betr. die Bereitstellung und Kennzeichnung von Aufenthaltsbereichen für Raucher und Nichtraucher), die Durchsetzung von Regelungen für Verkäufe an Minderjährige, Kontrollen beim Aufstellen von Zigarettenautomaten und Altersnachweiskarten. Es wurde angekündigt, dass die *Health and Safety Commission (HSC)* einen *Approved Code of Practice (ACOP)* zu Rauchen am Arbeitsplatz besprechen wird, der die existierende Rechtsprechung zu Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz für Arbeitnehmer klärt.

Das Weißbuch kündigte die Bereitstellung weiterer Mittel für den NHS an,

¹ Übersetzung der englischen Einrichtungs-Bezeichnungen und Fachbegriffe s. Glossar

² Die weiteren Fußnoten beziehen sich auf das Literaturverzeichnis

um Raucherinnen und Rauchern beim Ausstieg zu helfen, einschließlich einer einwöchigen kostenlosen *nicotine replacement therapy (NRT)* für Raucherinnen und Raucher, die eine Berechtigung für kostenlose Verordnungen haben. Die Kosten dafür beliefen sich auf nahezu 60 Mio. £ für einen Zeitraum von 3 Jahren; dazu kamen 50 Mio. £ für eine öffentliche Aufklärungskampagne in den neuen Medien. Ziele zur Eindämmung des Rauchens wurden formuliert: bei Erwachsenen sollte das Rauchen von 28 % im Jahr 1996 auf 24 % bis 2010 reduziert werden (1,5 Millionen weniger Raucherinnen und Raucher/innen in England). Bei schwangeren Frauen war die Zielvorgabe, den Prozentsatz derjenigen Frauen, die während der Schwangerschaft rauchten, von 23 % im Jahr 1995 auf 15 % im Jahr 2010 zu reduzieren (das wären 55.000 weniger schwangere rauchende Frauen in England). Es gab auch eine Zielvorgabe für Kinder: hier sollte die Zahl von 13 % im Jahr 1996 auf 9 % im Jahr 2010 gesenkt werden (d.h. 110.000 rauchende Kinder weniger).

Das Weißbuch des Gesundheitswesens mit dem Titel „*Saving Lives: Our Healthier Nation*“ („Leben retten: unsere gesündere Nation“) wurde im Juli 1999 veröffentlicht. Darin wurden die folgenden Zielvorgaben zur Reduzierung der Sterblichkeitsrate angekündigt: bis 2010 Senkung der Krebs-Sterblichkeitsrate um 20 % bei den unter 75jährigen - dadurch würden insgesamt 100.000 Menschenleben gerettet; bis 2010 Senkung der durch koronare Herzkrankheiten und Schlaganfall verursachten Sterbefälle bei den unter 75jährigen um wenigstens 40 % - dadurch würden insgesamt 200.000 Leben gerettet.

DAS 1. JAHR DER NATIONALEN PROGRAMME

- neue Initiative – zum ersten Mal fördert eine Regierung Raucher-Ausstiegs-Angebote
- 1. Jahr in den HAZs in England: 14.600 Menschen setzen ein Ausstiegsdatum
- fast 6.000 Menschen hören innerhalb von 4 Wochen auf zu rauchen
- Angebote werden auch in Schottland, Wales und Nordirland bereitgestellt

Im März 2001 wurde der Gesetzentwurf zum Verbot von Tabakwerbung im britischen Parlament diskutiert. Dieser Prozess war noch nicht abgeschlossen, als der Termin für die Parlamentswahlen auf Mai 2001 festgelegt wurde; deshalb hat Großbritannien noch immer kein Werbeverbot. Dies bleibt eine Verpflichtung für *New Labour*. Die Europäische Kommission ist gerade dabei, eine neue Direktive zur Harmonisierung von Tabakwerbung und Sponsoring in Europa einzuführen.

1. Das Ausmaß der durch Rauchen verursachten Gesundheitsprobleme in Großbritannien

Der vom *Royal College of Physicians (RCP)* im Februar 2000 veröffentlichte Bericht „*Nicotine Addiction in Britain*“ („Nikotinabhängigkeit in Großbritannien“) stellte fest, dass Zigarettenrauchen für einen von fünf Todesfällen in Großbritannien verantwortlich ist. Das sind 2.300 Todesfälle wöchentlich, 320 täglich und mehr als 13 in einer Stunde. Bei Männern im Alter von 35-64 Jahren ist das Rauchen Ursache für je einen von drei Todesfällen. Rauchen ist verantwortlich für 84 % der

durch Lungenkrebs herbeigeführten, 83 % der durch chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) verursachten und für 3 von 10 Krebs-Todesfällen. Rauchen ist verantwortlich für 1/7 der durch Herzkrankheiten verursachten Todesfälle; das sind 40.300 Todesfälle im Jahr.

Der weltweit anerkannte Epidemiologe Prof. Sir Richard Peto⁹ hat errechnet, dass die Hälfte aller regelmäßigen Raucherinnen und Raucher aufgrund ihrer Tabakabhängigkeit sterben: ein Viertel in mittleren Jahren (35-69 Jahre) und ein Viertel im hohen Alter. Von jeweils tausend 20jährigen Raucherinnen und Rauchern in Großbritannien stirbt ein Mensch durch Tötung, sechs Menschen bei Autounfällen und allein 250 Menschen durch Rauchen nur im mittleren Alter (weitere 250 sterben im hohen Alter)¹⁰. Der RCP-Bericht⁷ errechnete, dass 1997 das Rauchen für den Verlust von 205.000 Lebensjahren bei den unter 65jährigen und von 554.000 Lebensjahren bei den unter 75jährigen verantwortlich war. 1997/1998 wurde in England die Zahl der Krankenhauseinweisungen, die auf durch Rauchen verursachte Krankheiten zurückgeführt wurden, auf 362.000 geschätzt (7.000 wöchentlich, 1.000 täglich). In dieser Zahl nicht enthalten sind diejenigen durch Rauchen verursachten Krankheiten, die nicht tödlich sind. 1997/1998 wurden Hausärzte 480.000 mal wegen ischämischer Herzkrankheiten konsultiert, 20.000 mal wegen Schlaganfällen und 600.000 mal wegen COPD (chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung).

2. Warum soll man in die Behandlung der Tabakabhängigkeit investieren?

Heutige Raucherinnen und Raucher müssen aufhören zu rauchen, damit die für die nächsten 20-40 Jahre vorhergesagten Todeszahlen reduziert werden; darüber hinaus hat der Rauch-Stopp gesundheitliche Vorteile. Sogar wenn man erst im mittleren Lebensalter mit dem Rauchen aufhört, also (noch) vor der Herausbildung von offenkundigen Krankheiten, lassen sich die meisten der durch Tabak verursachten tödlichen Risiken vermeiden. DOLL, PETO et al.¹¹ stellten in ihrem Bericht „*The British Doctors' Study*“ („Studie über britische Ärzte“) Beobachtungen über einen Zeitraum von 40 Jahren zu den Auswirkungen des Raucher-Ausstiegs vor dem 35. Lebensjahr dar und zeigten, dass männliche britische Ärzte, die vor dem 35. Lebensjahr mit dem Rauchen aufhörten, ungefähr so lange lebten wie lebenslange Nichtraucher. Mit 70 Jahren lebten noch ungefähr 60 % der Raucher, verglichen mit ca. 80 % der Nichtraucher und ehemaligen Raucher. Im Alter von 85 Jahren lebten noch ca. 10 % der Raucher, verglichen mit 35 % der ehemaligen Raucher und Nichtraucher.

1998 wurde der Bericht der Health Education Authority und der York University „*Smoking cessation guidelines and their cost effectiveness*“ (Richtlinien für den Rauch-Stopp und seine Kosten-Effektivität) in *Thorax*, der Zeitschrift der Britischen Thorax-Gesellschaft, veröffentlicht¹². Diese Richtlinien erhielten allgemeine Anerkennung in der Fachwelt. Es wurde gezeigt, dass Maßnahmen zur Förderung des Rauch-Stopp erheblich kostengünstiger waren als viele der

medizinischen Interventionen. Gemäß einer amerikanischen Studie betrugen die Durchschnittskosten für mehr als 310 medizinische Interventionen 17.000 £ für ein gewonnenes Lebensjahr – während die Kosten für die Förderung des Rauch-Stopps zwischen 212 und 873 £ lagen¹³. In vielen Forschungsversuchen konnte gezeigt werden, dass *NRT* die Ausstiegsrate ungefähr verdoppelte, unabhängig von jeglicher anderen Unterstützung. Ohne Hilfe beträgt die jährliche Verzichtsrate in Großbritannien ca. 1,5 %.

3. Aufklärungs-Kampagne in den Medien

Die neue Kampagne wurde Weihnachten 1999 gestartet, mit Plakaten und Fernsehspots, einer neuen Website (www.givingupsmoking.co.uk) für die Kampagne und einem neuen Vertrag für eine kostenlose Telefon-Helpline. Die Fernsehspots zeigten Selbstzeugnisse von jungen Menschen, die an für Raucherinnen und Raucher typischen Krankheiten (z.B. Lungenkrebs) litten, Tipps (wie man mit dem Rauchen aufhört) sowie Video-Tagebücher von einem Mann und einer Frau, während diese versuchten, mit dem Rauchen aufzuhören. Neben Materialien der Kampagne hielt die Website Informationen über die 600 in Großbritannien erlaubten Zusätze bereit sowie über den Gehalt von Teer, Nikotin und Kohlenmonoxid in britischen Zigarettenmarken.

Unterstützende Medien-Kampagne

- bis zu 50 Mio. £ / 3 Jahre für öffentliche Medien-Aufklärungskampagne
- Slogan „Don't give up giving up“
- www.givingupsmoking.co.uk
- TV Video-Tagebücher, Tipps und Selbstzeugnisse
- kostenlose Telefon-Helpline

4. Förderung der neuen NHS-Serviceleistungen

Im ersten Jahr (1999 – 2000) wurden 10 Mio. £ der neuen NHS Serviceleistungen für Raucherinnen und Raucher, die mit dem Rauchen aufhören wollen, für diejenigen Regionen bereitgestellt, die als *Health Action Zones (HAZs)* bekannt sind und wo es besondere Mangel-Probleme und eine starke Verbreitung des Rauchens gibt. Im zweiten Jahr wurden 20 Mio. £ zu gleichen Teilen zwischen den HAZs und den *Health Authorities (HAs)* aufgeteilt. In diesem Jahr (2001-2002) gingen weitere 20 Mio. £ an diese Service-Einrichtungen sowie zusätzliche Gelder in das Drogenbudget für Behandlungsmaßnahmen. Erst kürzlich wurden zusätzliche 3 Mio. £ angekündigt, damit in jedem *HA*-Gebiet ein ausgebildeter Gesundheitsfachmann eingestellt werden kann, der mit schwangeren Frauen arbeiten soll.

5. Unterstützende politische Initiativen / Maßnahmen

Andere politische Instrumente haben die Wichtigkeit von Raucher-Ausstiegs-Angeboten unterstrichen: der *National Service Framework for CHD* im April 2000, der *NHS-Plan* im Juli 2000 und der *NHS-Krebs-Plan* im September 2000.

IV. Der NHS-Plan

Der NHS-Plan betonte die Wichtigkeit der angestrebten Sterberaten bei Krebs- und Herzkrankungen. Er versprach umfassende Raucher-Ausstiegs-Angebote bis 2001. Er erkannte die Wichtigkeit der neuen Raucher-Ausstiegs-Hilfe Zyban (Bupropion), die im Juni 2000 in Großbritannien verfügbar wurde, und setzte sich zum Ziel, eine Standard-Regelung zu schaffen, wodurch alle Nikotin-Ersatz-Therapien (*NRT*) auf *NHS*-Verordnung zugänglich würden. Am 14. März, dem britischen Nichtraucherstag, wurde angekündigt, dass ab April 2001 alle Arten von *NRT* auf Rezept zugänglich sein werden, und dass darüber hinaus in größeren Supermärkten auch 4 mg Nikotin-Kaugummi, Nikotin-Lutschtabletten und Nikotin-Pflaster mit einer maximalen täglichen Nikotin-Dosis von 21 mg für den allgemeinen Verkauf verfügbar sein werden. Im Mai 2001 wurde die *NRT* in das Verschreibungs-Formular der Gemeindeschwester aufgenommen, so dass speziell ausgebildete Schwestern jetzt auch Verordnungen für Raucherinnen und Raucher schreiben können. Das *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* wurde gebeten, eine Bewertung von *NRT* und Zyban im Hinblick auf die besten Behandlungsformen, Zielsetzungen und auf die Rolle von motivierender Unterstützung durchzuführen. Der *NICE*-Bericht wird nicht vor Dezember 2001/Januar 2002 erwartet. Der *NHS-Plan* konzentrierte sich auf die Bedürfnisse von sehr stark abhängigen Rauchern sowie schwangeren Raucherinnen. Eine Stärkung der Rolle der Primärversorger (Hausärzte) wurde angekündigt.

DER NHS-PLAN – ENGLAND

- umfassende *NHS* Raucher-Ausstiegs-Angebote bis 2001
- *NRT* auf Rezept als Ergänzung zu Zyban
- *NICE* Bewertung von Bupropion und *NRT*
- Schwerpunkt auf stark abhängigen Rauchern und schwangeren Raucherinnen
- führende Rolle der Primärversorgung

1. Der NHS-Krebs-Plan

Der *NHS-Krebs-Plan* setzte ein neues Ziel, um die Raucherzahlen bei den handwerklich tätigen Bevölkerungsgruppen von 32 % im Jahr 1998 auf 26 % im Jahr 2010 zu reduzieren, und neue lokale Ziele für diejenigen 20 *Health Authorities (HAs)* mit der höchsten Raucherdichte. Der größte Teil dieser Behörden befindet sich wahrscheinlich in *HAZs*. Bis 2002 wird es geschulte Raucher-Ausstiegs-Berater in jedem Primärbetreuungsteam geben. Mit Hilfe eines 2,5 Mio. £ Etats des Gesundheitsministeriums für Forschungsprogramme wird man herausfinden, wie man die Zielgruppen erreichen und wie man mit Ungleichheiten umgehen kann. Die Forschung wird auch die Evaluation der neuen Angebote und langfristiger Ausstiegsraten mit einschließen. Es wird „Piloten“ (Berater) für „unfreiwillige Gemeinschaften“ wie Gefängnisse, Krankenhäuser und die Streitkräfte geben; in diesen Bereichen wird gemeinschaftliche Arbeit vor Ort notwendig sein, um bestmögliche Arbeit zu leisten. 1 Mio. £ werden für die Arbeit mit ethnischen Minderheiten-Gruppen bereit gestellt. Eine neue Aufklärungs-Kampagne für ethnische Minderheiten wird im Som-

mer 2001 starten, und es wird eine Telefon-Helpline in asiatischer Sprache geben.

Lokale Zusammenschlüsse von Befürwortern der Tabakpolitik werden mit 1 Mio. £ unterstützt, um eine Brücke zwischen den NHS-Angeboten, den Behörden vor Ort, Gemeinde-Aktivitäten, Schulen, Unternehmen und Glaubensgemeinschaften aufzubauen. Großunternehmen werden geworben, um betriebspolitische Vereinbarungen zum Rauchen aufzubauen und Mitarbeitern Raucher-Ausstiegs-Behandlungen anzubieten; diese werden mit 250.000 £ gefördert.

2. Was wurde durch das nationale Raucher-Ausstiegs-Programm erreicht?

Dies ist das erste Mal, dass eine Regierung Angebote für Raucherinnen und Raucher gefördert hat. Die Angebote wurden auf der Basis der Bereitstellung von einwöchiger kostenloser NRT für ärmere Raucherinnen und Raucher mit Hilfe eines Gutschein-Systems eingerichtet. Die Auswertung der Ergebnisse zeigt ein gutes „Preis-Leistungs-Verhältnis“. Im ersten Jahr gab es fast 6.000 Vier-Wochen-Aussteigerinnen und -Aussteiger (d.h. sie waren nach dem Ausstiegstag vier Wochen abstinent), und 64 % erhielten freie NRTs bzw. NRT-Gutscheine. Vergleichbare Angebote wurden auch in den anderen drei Ländern Großbritanniens eingeführt.

Im zweiten Jahr wurde das Programm auf nationaler Ebene auf alle HAs in England ausgeweitet; und es wurden noch mehr Angebote bezuschusst. Für dieses Jahr hatte man sich anspruchsvolle Ziele gesetzt (150.000 Teilnehmer/innen an den Angeboten,

40.000 Vier-Wochen-Aussteiger). Die jüngsten Zahlen zeigen, dass die Angebote ihre Ziele erreichen oder sogar übertreffen werden. Die Bereitstellung von NRTs wurde im Oktober 2000 auf 4-6 Wochen für geeignete Raucherinnen und Raucher ausgedehnt – dieses war als eine Zwischenmaßnahme gedacht und als Reaktion auf Anfragen von den Bereitstellern der Angebote.

STATISTIKEN ZU ANGEBOTEN IN 2000

- 78 % 18-59 Jahre, 1 % unter 18 und 22 % 60 Jahre oder älter
- 59 % Frauen, 41 % Männer
- 700 schwangere Frauen nahmen teil, und 38 % stiegen innerhalb von 4 Wochen aus
- 32.100 setzten ein Ausstiegs-Datum (April - September)
- 12.900 erfolgreiche Vier-Wochen-Aussteiger
- 15.400 erhielten freie NRT - d.h. 48 % aller Patient/innen
- 1. Quartal - 4000; 2. Quartal - 8.900 erfolgreiche Aussteiger/innen
- Erfolgsrate 40 %

Die aktuellen Daten zu der nationalen Ausweitung der Angebote sind zufriedenstellend: in den ersten drei Quartalen 2000/01 setzten sich 62.200 Menschen – angeregt durch die neuen Angebote - ein Ausstiegsdatum, und die von den Teilnehmern selbst berichtete vierwöchentliche Ausstiegsrate lag bei ca. 27.800 (45 %). In jedem Quartal erhöhten sich die Zahlen der Raucherinnen und Raucher, die sich ein Ausstiegsdatum setzten, nachdem die Gesundheitsbehörden weiteres Personal, weitere Trainingsangebote und Räume bereitgestellt hatten. Am 31. Dezember gab es 500 ganztägig

beschäftigte Berater. Dies ist ein erstaunliches Ergebnis und repräsentiert eine Anzahl von ausgebildeten Professionellen, die es vorher einfach noch nicht gab. Das Gesundheitsministerium hat kürzlich neue Richtlinien für die Bereitstellung von Raucher-Ausstiegs-Angeboten herausgebracht; der Schwerpunkt liegt dabei auf den Inhalten und der Qualität des Angebotes, wo auch immer Raucherinnen und Raucher es in Anspruch nehmen. Die Zielvorgabe für die Anzahl von Vier-Wochen-Aussteigern wurde um 25 % erhöht: von 40.000 Raucherinnen und Rauchern in 2000/01 auf 50.000 in 2001/02.

V. Herausforderungen der Zukunft

Der Raucher-Ausstieg ist Bestandteil aller bedeutenden Regierungsdokumente zur öffentlichen Gesundheit, und man ist entschlossen, Ungleichmäßigkeiten im Gesundheitsbereich anzusprechen und die mit Tabakkonsum im Zusammenhang stehenden Sterblichkeitsraten und Krankheiten zu verringern. Es muss noch mehr getan werden, um das Wissen von Allgemeinmedizinern über Kosten, klinische Wirksamkeit und die Vorzüge eines Raucher-Ausstiegs sowie darüber, wie sie ihren rauchenden Patient/innen helfen können, zu erweitern. Im Mai 2001 wurden aktualisierte Raucher-Ausstiegs-Richtlinien, die zuerst in der Zeitschrift *Thorax* veröffentlicht worden waren, an alle Allgemeinmediziner geschickt¹³. Darin werden sie aufgefordert, wenigstens einmal im Jahr in geeigneter Weise bei ihren Raucherinnen und Rauchern zu den vier „A's“ zu intervenieren: Ask (Fragen stellen über den Rauchersta-

tus und Aufzeichnen der Antwort), Advise (Rat geben, mit dem Rauchen aufzuhören), Assist (Behandlung und Unterstützung anbieten), Arrange (Vereinbarung, d.h. nach ca. einer Woche noch einmal nachhaken oder an zusätzliche Unterstützung und Beratung weiter verweisen).¹⁴

Wir haben vor, die Curricula-Inhalte medizinischer Ausbildungsstätten im Hinblick auf Erkrankungen, die durch Tabak verursacht werden, und den Rauch-Stopp bzw. die Kontrolle des Tabakkonsums zu überprüfen und Empfehlungen zu *best practices*, Inhalten etc. zu geben. Das Ziel ist, den Raucher-Ausstieg zu einer Basis-Service-Leistung eines professionellen Gesundheitstrainings zu machen. Des weiteren wird die NICE-Bewertung die Behandlung von Tabakabhängigkeit als Pflicht-Angebot etablieren.

Doch es muss noch mehr getan werden für das Raucher-Ausstiegs-Training und seine Anerkennung. So hat beispielsweise das *National Asthma and Respiratory Training Center (NARTC)* einen Studienkurs zum Raucher-Ausstieg eingerichtet; dieser beinhaltet Fernstudien (3 Monate) und eine 2.000 Wörter umfassende Bewertung. Dieser Kurs wurde von der *Open University* anerkannt. Die *Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT)* überlegt, ob sie die Anerkennung der Inhalte von Trainingskursen zum Raucher-Ausstieg mit einschließen sollte. Ein Trainingsrahmen von Fertigkeiten bzw. Kenntnissen, die auf verschiedenen Ebenen der Intervention verlangt werden, wurde entwickelt und veröffentlicht. Die *Health Development Agency* begutachtet alle verfügbaren Trainingskurse für eine Datenbank.

Weiterhin berücksichtigt die Regierung den von der *Health and Safety*

Commission (HSC) vorgeschlagenen *Approved Code of Practice (ACOP)*, um Arbeitgebern Richtlinien bei ihren Verpflichtungen gegenüber Arbeitnehmern unter dem *Health and Safety at Work Act* an die Hand zu geben. Insbesondere verfolgt sie dabei die Absicht, die Last für kleinere Unternehmen zu verringern und bereits vorhandene Anstrengungen der Unterzeichner der *Public Places Charter* anzuerkennen. Die Rede der Königin zur Parlamentseröffnung mit dem Arbeitsplan für die erste Sitzungsperiode des neuen Parlaments enthielt keinen Hinweis auf ein Gesetz zum Verbot von Tabakwerbung und -förderung. Für viele Menschen in Gesundheitsberufen war dies eine große Enttäuschung, aber sie hoffen, dass man im Parlament Zeit finden wird, um dieses Thema so schnell wie möglich voranzubringen.

VI. Europa-Neuigkeiten der WHO

Großbritannien spielt eine führende Rolle in dem europäischen Vier-Länder-Partnerschaftsprojekt der WHO zur Reduzierung der Tabakabhängigkeit (Deutschland, Frankreich, Polen, Großbritannien). Das Projekt wurde 1999 von Frau Dr. Brundtland in Gang gesetzt und ist ein Beispiel für öffentlich-private Partnerschaft. Wir arbeiten zusammen mit drei führenden pharmazeutischen Unternehmen, die Behandlungsprodukte vertreiben: *Pharmacia*, *GlaxoSmithKline* und *Novartis*. Das Projekt befindet sich jetzt in seinem letzten Jahr. Es war in fünf Aktivitäts-Bereichen tätig: Methodologie der Datenerfassung, Regulierung von Behandlungsmaßnahmen und Tabakprodukten, Behandlung basierend auf

Nachweisen, Medienkommunikation und Zusammenarbeiten mit Unternehmen für einen rauchfreien Arbeitsplatz. Die ersten europäischen Raucher-Ausstiegs-Richtlinien zur Behandlung von Tabakabhängigkeit werden bald veröffentlicht. Sie wurden von mehreren professionellen europäischen Gruppierungen gebilligt, einschl. des *European Forum of Medical Associations*, des *Europarm Forum*, *European Nurses* und der *Midwives against tobacco*. Empfehlungen für die künftige Regulierung von *NRT*-Produkten werden entwickelt. Diese befassen sich mit dem Nachweis des Nutzens von *NRT* für zeitweise Abstinenz, des Nutzens während der Schwangerschaft, bei koronarer Herzkrankheit, bei jungen Menschen und zur *harm reduction* (Schadensbegrenzung).

Zu den weiteren „Produkten“ der Partnerschaft gehören: eine Standard-Begutachtungs-Methode und ein Standard-Fragebogen zum Aufspüren der Ausstiegs-Absicht bei erwachsenen Rauchern und zur Feststellung ihres Raucherstatus; Unternehmens-Richtlinien zur Einführung von rauchfreien Strategien gemäß den Prinzipien von Gesundheit und wirtschaftlichem Nutzen und Hinweise dazu, wie Arbeitnehmern geholfen werden kann; Richtlinien zu den rechtlichen Auflagen für Arbeitgeber im Hinblick auf einen rauchfreien Arbeitsplatz; Richtlinien zur Kosteneffektivität und Behandlungs-Entschädigung; das computergestützte Wirtschaftsmodell *HECOS*, das entwickelt wurde, um die individuellen Länder-Situationen und die Resultate der Tabak-Kontroll-Politik zu demonstrieren; globale Ankündigungen des öffentlichen Dienstes, Videos und Print-Materialien zu „warum“ und „wie“ aufhören. Das Kunstprojekt wurde November 1999 in Lon-

don und Mai 2000 in Berlin gestartet. Poster der Auftrags-Kunstwerke (zu den Vorteilen des Raucher-Ausstiegs) wurden an Arztpraxen und Apotheken verteilt. Es wurde eine Website mit einer Behandlungs-Datenbank www.treatobacco.net eingerichtet, und es gibt einen Trainingskurs „Hilfen für Raucherinnen und Raucher, sich zu ändern“. Die rechtliche Auslegung zu der vertraglichen Verpflichtung von Ärzten, die eine Behandlung für eine als lebensbedrohend anerkannte Krankheit, die Tabakabhängigkeit, anbieten, wird untersucht.

Glossar:

Abkürzungen, Organisationen etc.:

ACOP *Approved Code of Practice*
anerkannte Praxis-Leitlinien

CHD *Coronary Heart Disease*
koronare Herzkrankheit

COPD *chronic obstructive pulmonary Disease*
chronisch-obstruktive Lungenerkrankung

DH *Department of Health*
Gesundheitsabteilung

European Forum of Medical Associations
Europäisches Forum der Med. Vereinigungen

Europarm Forum
Europarm Forum

European Nurses
Europäische Krankenschwestern

GP *General Practitioner*
Allgemeinmediziner

HA *Health Authority*
Gesundheitsbehörde

HAZ *Health Action Zone*
Gesundheits-Aktions-Zentrum

Health and Safety at Work Act
Gesetz für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz

Health Development Agency
Amt für Gesundheitsentwicklung

Health Education Authority
Gesundheits- und Erziehungsbehörde

HSC *Health and Safety Commission*
Kommission für Gesundheit und Sicherheit

Midwives against tobacco
Hebammen gegen Tabak

NARTC *National Asthma and Respiratory*
Nationales Asthma- und Atmungs-

Trainings Center
Trainingscenter

National Service Framework for CHD
Nationaler Dienstleistungsrahmen für koronare Herzkrankheiten

NHS *National Health Service*
Nationales/Öffentliches Gesundheitswesen

NICE *National Institute for Clinical Excellence*
Nationales Institut für Klinische Kompetenz

NRT *Nicotine Replacement Therapies*
Nikotin-Ersatz-Therapien

PCT *Primary Care Team*
Primärversorgungs-Team

RCP *Royal College of Physicians*
Königliche Akademie der Ärzte

SRNT *Society für Research and Nicotine and Tobacco*
Gesellschaft für Forschung für Nikotin und Tabak

WHO PP Partnership Project
WHO Partnerschafts Projekt

Literatur

- ² BUCK D., GODFREY C. AND PARROTT S. "Cost Effectiveness of smoking cessation interventions", Centre for Health Economics, University of York and the Health Education Authority, 1997
- ³ STODDARD J.J. AND GRAY B. Maternal smoking and medical expenditure for childhood respiratory illness, *Am J of Pub Health*, 1997; 87: 205-9
- ⁴ GODFREY C., EDWARDS H., RAW M., SUTTON M., The Smoking Epidemic: a prescription for change, HEA: London, 1993
- ⁵ BUCK D. AND GODFREY C., Helping smokers give up: guidance for purchasers on cost effectiveness, HEA: London, 1994
- ⁶ PARROTT S., GODFREY C., RAW M., Cost and benefit analysis of smoking cessation in the workplace, Final report to the Health Education Board for Scotland, University of York: Centre for Health Economics, 1996
- ⁷ Development in Practice. Curbing the Epidemic, Governments and the economics of tobacco control," A World Bank Publication, 1999
- ⁸ "Nicotine Addiction in Britain", A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, 2000
- ⁹ PETO R., LOPEZ D., BOREHAM J. et al. Mortality from smoking in developed countries. 1950 – 2000, ICRF and WHO, Oxford University Press, 1994
- ¹⁰ DOLL R., PETO R., WHEATLEY K. et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors, *BMJ* 1995; 309: 901-11
- ¹¹ RAW M., MCNEILL A., WEST R. et al. "Smoking cessation guidelines and their cost effectiveness", *Thorax*, December 1998, vol 53, supplement 5
- ¹² TENGS T. O., ADAMS M.E., PLISKIN J.S. et al. Five hundred life saving interventions and their cost effectiveness, *Risk analysis* 1995; 15:36-90
- ¹³ WEST R., MC NEILL A. and RAW M., Smoking cessation guidelines for health professionals; an update. *Thorax*, December 2000; 55, no.12: 987-99
- ¹⁴ s. a. Beitrag von PETER LANG in diesem Heft

Stationäre Rauchertherapie – Projekt Josefhof - Erste Resultate des Modellprojektes

R. Schoberberger, P. Bayer, E. Groman*, M. Kunze

Institut für Sozialmedizin der Universität Wien

Alser Straße 21/12

A-1080 Wien

und *)

Nikotin Institut Wien

Rechte Wienzeile 81/1

A-1050 Wien,

e-mail: sozialmedizin@univie.ac.at

Inhalt

I. Einleitung

II. Pilotprojekt

III. Erste Erfahrungen mit Teilnehmern am Modellprojekt

IV. Vorläufiges Resümee

I. Einleitung

1997 hat die Versicherungsanstalt des Österreichischen Bergbaus in Kooperation mit dem Institut für Sozialmedizin der Universität Wien einen auch international neuen Weg der Rauchertherapie erschlossen. Rauchern wurde erstmals die Möglichkeit geboten, im Rahmen eines dreiwöchigen Kuraufenthaltes in der Gesundheitsvorsorgeeinrichtung „Josefshof“ bei Graz, sich einer Rauchertherapie zu unterziehen. Das Einmalige an dieser Maßnahme ist, dass die Patienten nicht auf Grund anderer Beschwerden einem Kurheilverfahren unterzogen wurden und in diesem Zusammenhang eine Behandlung im Sinne der Rauchtherapie erfuhren, sondern dass tatsächlich die Raucherintervention Anlass für den Kuraufenthalt war. Dies entspricht durchaus der wissenschaftlich begründbaren Entwicklung der letzten Jahre. Mit der Klassifikation der Nikotinabhängigkeit als Krankheit (ICD 10: Punkt 17, Punkt 17.2) und den zur Verfügung stehenden Interventionsformen war es nur mehr eine Frage der Zeit, der Nikotinabhängigkeit in der Behandlung jenen Stellenwert einzuräumen, den auch andere Suchterkrankungen haben.

II. Pilotprojekt

Nicht nur, dass das Projekt Josefshof auf Grund seiner absoluten Neuartigkeit von großer Bedeutung ist, es kann auch von äußerst erfolgreichen Langzeitergebnissen berichtet werden. Die gewissenhafte und intensive Vorbereitung, das Erstellen eines hilfreichen Manuals („Pro-Fit-Antirraucherprogramm“) für die Kurteilnehmer und die Durchführung effizienter Grup-

penarbeiten, Einzelgespräche, Herz-Kreislauf-Sportaktivitäten, mentaler Entspannungsmethoden, physikalischer Therapien, Ernährungsberatungen kombiniert mit begleitenden diagnostischen (z.B. CO-Messung) und therapeutischen (z.B. Nikotinersatztherapie) Maßnahmen haben dazu geführt, dass alle 41 Teilnehmer des Pilotprojektes das Ziel, in den letzten zwei Wochen des Kuraufenthaltes nicht mehr zu rauchen, erreichen konnten. Der Langzeiterfolg (mindestens ein Jahr nach der Therapie) lag mit über 60 % deutlich über den Erwartungen.

III. Erste Erfahrungen mit Teilnehmern am Modellprojekt

Auf Grund dieser Ergebnisse hat sich die Wiener Gebietskrankenkasse entschlossen, für 100 bereits durch tabakassoziierte Erkrankungen gefährdete Raucher ein Modellprojekt „Josefshof“ zu starten. Unterstützt wird diese Initiative vom Fond „Gesundes Österreich“, wodurch auch eine begleitende Evaluation sowie Nachkontrolluntersuchungen sechs Monate und ein Jahr nach Therapieende möglich werden.

Im Modellprojekt haben bisher 97 Klienten den Kuraufenthalt begonnen. Davon haben 93 den Aufenthalt abgeschlossen (38 Männer, 55 Frauen).

Alle Teilnehmer (n = 93) hatten einen Tabakkonsum von mehr als 10 Jahre aufzuweisen. Dabei handelt es sich um im Schnitt eher „starke“ Raucher. 98,9 % rauchen mehr als 10 Zigaretten täglich. Wenngleich dieser Anteil mit 87,0 % in der Gesamtstichprobe

österreichischer Raucher auch sehr hoch ist, liegt er bei den Kurgästen des Josefshofs doch deutlich höher. Dies trifft auch für andere Aspekte des Rauchverhaltens zu: So hatten bereits 75,3 % mehrmals versucht, vom Rauchen loszukommen (Gesamtbevölkerung: 34,0 %) und 60,2 % Nikotinersatzpräparate probiert (Gesamtbevölkerung: 12 %). Auch fällt auf, dass bei den Kurteilnehmern ein überdurchschnittlich hoher FTND-Wert (Nikotinabhängigkeitswert) vorliegt. Während beim österreichischen Durchschnittsraucher ein Wert von 3,59 (bei einem möglichen Maximalwert von 10) ermittelt wurde, liegen die Klienten des Josefshofs bei 7,09. 37,6 % der Kurteilnehmer erzielen sogar sehr hohe Nikotinabhängigkeitswerte (Scores von 8 - 10), die sonst bei Rauchern nur in 9 % (Männer) bzw. 5 % (Frauen) der Fälle gefunden werden.

Die Hauptprobleme, die die Raucher subjektiv als Störvariable und Motivation zur Therapie empfinden, liegen an der „trockenen, faltigen Haut“ (52,7 %), an der „allgemeinen Lebensbeeinträchtigung“ (41,9 % immer, 33,3 % manchmal) und am „Mundgeruch“ (32,3 % immer, 33,3 % manchmal).

Das vorläufig auffallendste Ergebnis ist der optimale Kurzzeiterfolg der Kurteilnehmer. Alle Klienten haben in der vorgeschriebenen Zeit Abstinenz erreicht und waren vor ihrer Heimreise bereits zwei Wochen rauchfrei. Dass es ihnen dabei gar nicht so schlecht erging, konnte bei der Schlussdiskussion festgestellt werden. Es lässt sich dies aber auch an den gemessenen Befindlichkeitswerten ablesen. So lag der mit der Befindlichkeitsskala von ZERSSSEN erhobene Mittelwert am Beginn bei 17,44, reduzierte sich gegen Mitte des Turnusses auf 15,08

und verbesserte sich dann noch deutlicher auf 10,87 am Ende des Aufenthaltes. Die Unterschiede sind hoch signifikant. Die Entwöhnung hat sich offensichtlich sehr positiv auf die Befindlichkeit ausgewirkt.

Auch bei der Entzugssymptomatik zeichnet sich ein signifikantes Ergebnis ab. Liegt der durchschnittliche Wert bezogen auf „Verlangen“, „Unruhe“, „vermehrtes Essen“ etc. beim ersten Messzeitpunkt noch bei 30,64, so sinkt dieser Score bis zur zweiten Erhebung auf 20,4. Dieser Unterschied ist als statistisch hoch signifikant einzustufen und bedeutet, dass Entzugssymptome im Laufe der Therapie deutlich abgenommen haben.

Offenbar ist es also gelungen, ein entsprechendes therapeutisches Angebot zu schaffen, das nicht nur dazu führte, dass das Rauchen eingestellt werden konnte, sondern sich auch nicht ungünstig auf die subjektive Befindlichkeit auswirkte und die Entzugssymptomatik deutlich sinken ließ. Dies scheinen sehr gute Voraussetzungen für den Langzeiterfolg zu sein. Dieser wird bei den Klienten in monatlichen Abständen mittels Briefkontakt ermittelt und ein halbes sowie ein Jahr nach dem Kuraufenthalt durch Nachuntersuchungen im Nikotin-Institut Wien festgestellt. Eine Halbjahres-Nachuntersuchung an vorläufig 17 Patienten zeigte, dass 64,7 % der Teilnehmer abstinent bleiben (0 Zigaretten) und weitere 23,53 % ihren Zigarettenkonsum stark reduzieren konnten. Der ermittelte Kohlenmonoxid-Wert in der Ausatemluft der abstinenten Patienten lag bei 3,45 ppm, also in einem Bereich, der nur von Nichtrauchern zu erzielen ist. Auch bei der Kontrolle des Körpergewichts haben die Klienten ein durchaus zufrieden-

stellendes Resultat erzielt. Von einem durchschnittlichen Anfangsgewicht in Höhe von 63,72 kg und einem Körpergewicht von 64,31 kg am Ende des Kuraufenthaltes betrug das Gewicht bei der Halbjahres-Nachuntersuchung 66,29 kg ($p = 0,006$). Wenngleich es zu einer signifikanten Erhöhung des Körpergewichts kommt, liegt dies mit etwa 2,5 kg in einem Toleranzbereich, der im Rahmen der Raucherentwöhnung akzeptiert werden kann.

IV. Vorläufiges Resümee

Obwohl die im Josefhof betreuten Patienten durchwegs stark nikotinabhängige Raucher mit bereits vorliegenden Folgeschäden bzw. Risikofaktoren sind, die bisher trotz oftmaligen Versuchen nie eine längerfristige Veränderung ihres Tabakkonsums erreichen konnten, besteht eine gute Akzeptanz für diese Art der stationären Therapie. Die Kurzzeiterfolge – Abstinenz in den letzten zwei Wochen des Aufenthaltes – sind überraschend hoch. Die bisher ermittelten Langzeitergebnisse (Pilotprojekt und Modellprojekt) liegen mit weit über 50 % in einem respektablen Bereich. Diese Umstände haben dazu geführt, dass das Modellprojekt inzwischen von 100 auf insgesamt 150 Patienten ausgedehnt wurde und der routinemäßige Einsatz der stationären Rauchertherapie für besonders betroffene Raucherinnen und Raucher ernsthaft diskutiert wird.