

# Tabakentwöhnung: Kritische Bestandsaufnahme und Chancen für die Zukunft

P. L. Bölskei

## *Withdrawal of Tobacco: A Critical Appraisal and Future Chances of Cure*

Weltweit führt Tabakrauchen in jedem Jahr zu annähernd 4 Millionen vorzeitigen Todesfällen [1]. In Deutschland rauchen derzeit 11,7 Millionen der Männer und 8 Millionen der Frauen über 15 Jahren [2]. Die Hälfte von ihnen wird zwischen dem 35.–69. Lebensjahr an tabakbedingten Krankheiten sterben [3]. Auf Tabakkonsum waren in Deutschland 1997 110 000–140 000 Todesfälle zurückzuführen [4]. Die direkten und indirekten Folgekosten der tabakassoziierten Erkrankungen betragen in Deutschland jährlich 17 Millionen Euro. Eine deutliche Reduzierung der Raucherprävalenz könnte einen signifikanten Rückgang der zukünftigen tabakbedingten Morbidität und Mortalität zur Folge haben [5]. Nur die Raucherprävention und die Tabakentwöhnung führen zum Beispiel zur Risikoreduktion des Bronchialkarzinoms und vorwiegend zur Verhütung der COPD [6, 7]. Die Tabakabhängigkeit ist eine chronische Gesundheitsstörung, die durch Rückfälle charakterisiert ist und ein Langzeitmanagement erfordert [8]. Die Nikotinsucht führt zu strukturellen und funktionellen neurophysiologischen Veränderungen: diese schließen Zellrezeptor-Abnormitäten, neuronale Alterationen und vermehrte dendritische Verbindungen ein.

Die Chronizität der Tabakabhängigkeit spiegelt sich in den Perioden von Rückfällen und Remissionen wieder. Parallelen mit Asthma und anderen chronischen Krankheiten sind offensichtlich, auch jene benötigen eine kompetente Beratung, geduldige Unterstützung und entsprechende Medikation [9–11].

Raucher haben in Bezug auf ihre zukünftigen Abstinenzchancen häufig unrealistische Vorstellungen. So glauben 80% der Raucher unter 40 Jahren, dass sie innerhalb der nächsten 20 Jahre eine dauerhafte Abstinenz erreichen könnten. Die Statistik zeigt je-

doch, dass mit 60 Jahren noch 46% der früheren Raucher weiter rauchen [12]. Folglich wäre eine solide Beratung aller Raucher unbedingt erforderlich.

Die derzeit zur Verfügung stehenden, in Meta-Analysen als wirksam bestätigte Interventionen sind kosteneffektiv, jedoch sind viele Raucher nicht bereit, an professionellen Tabakentwöhnungsprogrammen teilzunehmen [8,13,14]. Diese Tatsache hat bedauerlicherweise zur Folge, dass solche Tabakentwöhnungsprogramme in Deutschland bisher nur vereinzelt angeboten werden [15].

Die wichtige Voraussetzung einer erfolgreichen Therapie der Tabakabhängigkeit ist die Identifizierung der Raucher und Dokumentation des Rauchstatus durch Befragung aller Patienten im Rahmen einer der üblichen ärztlichen Konsultationen. Diese Daten sollten nach internationalen Empfehlungen mindestens einmal jährlich auf den neuesten Stand gebracht werden [10]. Immerhin konsultieren 70% der Raucher jährlich mindestens einmal einen Arzt und 50% einen Zahnarzt [16,17].

Alle Ärzte sollten jedem ihrer rauchenden Patienten den eindeutigen Rat zum Aufhören erteilen. Bereits ein kurzer einfacher Rat des Arztes zur Abstinenz kann die Entwöhnungschance des Patienten um 2–3% erhöhen [10,18].

Sowohl eine Minimalintervention von 3–5 Minuten Zeitdauer als auch die Kurzintervention mit 5–10 Minuten Zeitaufwand werden durch den ärztlichen Rat an den Patienten, mit dem Rauchen aufzuhören, eingeleitet. Der Rat sollte klar, nachdrücklich und individuell erfolgen. Wichtig ist hierbei, auf vorliegende Er-

### Institutsangaben

Institut für Präventive Pneumologie am Klinikum Nürnberg  
Institut für Raucherberatung und Tabakentwöhnung (IRT) München

### Korrespondenzadresse

Univ. Doz. Dr. med. Pál L. Bölskei · Institut für Raucherberatung und Tabakentwöhnung (IRT)  
München · Limburgstraße 16a · 81539 München · E-mail: boelcskei-irt@rauchfreiwerden.de

### Bibliografie

Pneumologie 2004; 58: 137–139 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York ·  
ISSN 0934-8387 · DOI 10.1055/s-2004-818355

krankungen sowie die speziellen Beschwerden und Krankheitskomplikationen des Rauchers Bezug zu nehmen. Verwiesen werden kann weiterhin auf die individuellen sozialen Nachteile und Kosten des Rauchens sowie auf die Gefährdung von Kindern und sonstigen Nichtrauchern in der Wohngemeinschaft und am Arbeitsplatz. Der Arzt sollte die positiven Zukunftsaspekte der Abstinenz unbedingt ansprechen. Bei einem höheren Motivationsgrad sollte dem Rat zum Rauchstopp unmittelbar die Frage folgen: „Könnten Sie sich vorstellen mit dem Rauchen in den nächsten 4 Wochen aufzuhören?“

Den Ärzten wird häufig nahegelegt, den Rat zum Rauchstopp anlässlich jedes regulären Kontaktes mit dem Patienten zu wiederholen, aus der Überlegung heraus, dass wiederholte Interventionen die Abstinenzchance begünstigen [19] oder sogar verdoppeln [20].

Tabakkonsumenten dürften in ihren Bestrebungen rauchfrei zu werden, nicht alleine gelassen werden. Die meisten Ärzte sind inzwischen der Meinung, dass es ihre Aufgabe sei, aufhörwilligen Rauchern behilflich zu sein [21]. Obwohl die Patienten die Beratung durch den Arzt sehr hoch einschätzen, wird diese von vielen desillusionierten Ärzten nicht grundsätzlich durchgeführt [22]. In Deutschland wurde 2002 nur jeder zweite Patient von seinem Hausarzt auf die Tabakentwöhnung angesprochen [23,24]. Als Gründe für ihr Verhalten brachten die Ärzte in der SNICAS-Studie unter anderem folgende Argumente: „Die Patienten haben kein Interesse!“, „Verfahren nicht effektiv genug“, „zu zeitaufwendig und schwierig abzurechnen“, „wenig spezifische übende Weiterbildungskurse“ [23,24].

Die Enttäuschung der Ärzte über die fehlende Motivation der Patienten entsteht zum Teil durch fehlende diagnostische Erfassung der Motivationsphase, in der sich der Patient befindet [25]. Mit Hilfe einer „strukturierten Raucheranamnese“ ließe sich dieses Problem bereits im Vorfeld des Arzt-Patienten-Gesprächs anhand eines Fragebogens vermeiden [26]. Damit könnte der Verlauf der Patientenberatung in die richtigen Bahnen gelenkt werden und der Arzt eine realistische Einschätzung über den zu erwartenden Behandlungserfolg erzielen.

Der Umgang mit den rauchenden Patienten verlangt mehr als die Frage nach seinem Rauchstatus und nach seiner Ermutigung zum Rauchfreiwerden. Wir Ärzte müssen dabei ebenso methodisch und mit klinischer Sorgfalt vorgehen, wie bei der Behandlung sonstiger Erkrankungen.

Zusätzliche medikamentöse Unterstützung mit Nikotinersatzpräparaten und/oder Bupropion-SR (Slow Released) können zu einer weiteren Steigerung der Langzeitabstinenzrate führen. So erhöht zum Beispiel Bupropion die Abstinenzrate um das 2- bis 3fache des Placebo-Effektes bei motivierten und intensiv beratenen Patienten [10,27–30].

In der täglichen Praxis sind die Effekte der medikamentösen Unterstützung mit den beiden First-line-Therapeutika niedriger als in wissenschaftlichen Untersuchungen [31]. Noch niedriger sind sie allerdings, wenn entgegen der Empfehlungen der Hersteller rezeptfreie Nikotinersatzpräparate ohne zumindest eine Kurzintervention Verwendung finden [32].

In der Publikation von Bergmann u. Mitarb. in dieser Ausgabe der Pneumologie wird über die Ergebnisse einer multizentrischen, nicht-placebo-kontrollierten Studie referiert [33]. Eingeschlossen in diese Untersuchung wurden Patienten, die vorher mit alleiniger Hilfe von Nikotinersatz-Präparaten oder Bupropion einen erfolglosen Therapieversuch unternommen hatten. In 62 Praxen, es waren auch pneumologische darunter, wurde lediglich eine viermal wiederholte Intervention geringer Intensität durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Studie mit 11,5% kontinuierlicher und 30,5% Punktprävalenz-Abstinenzrate nach sechs Monaten sind in Anbetracht der lediglich wenige Male wiederholten Kurzinterventionen sehr positiv zu beurteilen. Leider können die Ergebnisse dieser Studie nur bedingt mit denen der placebokontrollierten Untersuchungen mit ähnlichem Design von Gonzales u. Mitarb. verglichen werden [34]. Die Studie lässt darauf schließen, dass die Chancen in Praxen und Kliniken mit einer Kurzintervention, einer medikamentösen Unterstützung und drei eventuell telefonisch durchgeführter Follow-up-Kontakte ähnlich gut wären.

Wünschenswert wäre es, in Deutschland ein Netzwerk der Tabakentwöhner zu implementieren. Hierbei würde den Hausärzten eine Schlüsselrolle zukommen, nachdem sie etwa von 70% der Raucher jährlich konsultiert werden. Die Hausärzte würden die entwöhnungswilligen Raucher identifizieren, ihnen zur Entwöhnung und eventuell zu einer medikamentösen Unterstützung raten und, je nach Zeitbudget, sie über den Rauchstopptag hinaus begleiten. Diejenigen Raucher, die in diesem Entwöhnungsversuch keinen Erfolg erzielen und jene stark Abhängige, die trotz etlicher vorausgehender Abstinenzversuche erfolglos blieben, sollten an spezialisierte Praxen überwiesen werden. Die Behandlung bzw. Weiterbehandlung könnte auf diesem Gebiet auch niedergelassene Pneumologen übernehmen: mehr als 250 von ihnen sind in den letzten 3 Jahren in eintägigen Seminaren entsprechend geschult worden [35].

Spezielle Rauchergruppen, wie Jugendliche, Schwangere oder solche mit einer psychiatrischen Erkrankung wie auch andere Patienten, die in der spezialisierten Praxis nicht abstinent wurden, könnten in einem Kompetenzzentrum für Tabakentwöhnung therapiert werden [9]. Die Kompetenzzentren sollen laut Empfehlungen der internationalen Leitlinien über hauptamtliche Tabakentwöhner (Psychologen, Sozialpädagogen usw.) und über Erfahrung sowohl in der Gruppen- als auch in der Einzeltherapie verfügen. Sie müssen auch in der medikamentösen Unterstützung mit den First-line-Therapeutika Expertise besitzen [9,10]. Wie in den internationalen und nationalen Leitlinien empfohlen bzw. gefordert und im englischen Gesundheitswesen bereits mit Erfolg praktiziert, sollten Weiterbildung der Ärzte und deren Teams wie auch deren Beratungs- und Entwöhnungstätigkeit von den Krankenversicherungen finanziert werden. Dieses müsste auch für die Tätigkeit der Kompetenzzentren und Beratungstelefone gelten. Die Beratungstelefone können sowohl Beratungen als auch Entwöhnung in unterversorgten Regionen, wie auch die Weiterbetreuung (Follow-up) für die Patienten der niedergelassenen und Klinikärzte übernehmen [36,37]. In England wird auch die Vergütung der medikamentösen Unterstützung für entwöhnungswillige Patienten auf eine begrenzte Zeit gewährleistet.

Wie die Berechnungen des NHS in England zeigten, ist die landesweit organisierte Tabakentwöhnung in der Reduktion der Raucherprävalenz erfolgreich und im Vergleich zu anderen Behandlungsmaßnahmen erheblich kosteneffektiver [38,39].

Wir verfügen in Deutschland über gute Entwöhnungsprogramme, etliche geschulte niedergelassene sowie noch mehr an der Tabakentwöhnung interessierte Ärztinnen und Ärzte, einige in der Tabakentwöhnung mit gutem Erfolg bereits tätige Reha-Kliniken sowie ausbaufähige Institute und Telefone für Raucherberatung. Wir Pneumologen müssen uns gemeinsam mit Gleichgesinnten um die Schaffung entsprechender politischer und gesundheitspolitischer Voraussetzungen und um die Schaffung eines Nichtraucher-freundlichen Umfeldes bemühen.

## Literatur

- 1 McEwen A, West R, Owen L. General practitioners view on the provision of Nikotine replacement therapy and bupropion. *BMC Fam Pract* 2001; 2: 6
- 2 Statistisches Bundesamt (Hrsg). Stuttgart: Metzler-Poeschel, 2000
- 3 Peto R, Lopez AD, Boreham J et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *The Lancet* 1992; 339: 1268–1278
- 4 Jahrbuch Sucht 2003. Geesthacht: Neuland, 2003
- 5 Silagy C, Formica N. Place of bupropion in smoking cessation therapy. *Lancet* 2001; 357: 1550
- 6 Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. National Heart, Lung and Blood Institute/World Health Organization Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1256–1276
- 7 Dragnev KH, Stover D, Dimitrovsky E. Lung cancer prevention. *Lung Cancer Guidelines* 2003; 123: 60–71
- 8 Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 2000; 346: 506–512
- 9 Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guidelines. Rockvill (MD): US Department of Health and Human Services. Public Health Service, June 2000
- 10 West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987–999
- 11 National Institute for Clinical Excellence (NHS). Guidance on the use of Nikotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. Technology Appraisal; No. 39, March 2002
- 12 Jarvis JM, McIntyre D, Bates C. Effectiveness of smoking cessation initiatives. *BMJ* 2002; 324: 608
- 13 Lawrence WF, Smith SS, Baker TB et al. Does over-the-counter Nikotine replacement therapy improve smokers' life expectancy? *Tob control* 1998; 7: 364–368
- 14 Henningfield JE, Fant RV, Gitchell J et al. Tobacco dependence: global public health potential for new medications development and indications. *Ann NY Acad Sci* 2000; 909: 247–256
- 15 Kröger Ch. Raucherentwöhnung in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. Köln: BZgA, 2000
- 16 Fiore MC, Jorenby DE, Shensky AE et al. Smoking status as the new vital sign: effect on assessment and intervention in patients who smoke. *Mayo Clin Proc.* 1995; 70: 209–213
- 17 Tomar SL, Husten CG, Manely MW. Do dentists and physicians advise tobacco users to quit? *J Am Dent Assoc* 1996; 127 (2): 259–265
- 18 Raw M, McNeill A, West R. *Thorax* 1998; 53 (Suppl 5, Part 2): 1–37
- 19 Butler CC, Pill R, Stott NCH. Qualitative study of patients' perception of doctors advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. *BMJ* 1998; 316: 1878–1881
- 20 Prochazka AV. New developments in smoking cessation. *Chest* 2000; 117: 169–175
- 21 Lancaster T, Stead L, Silagy C et al. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000; 321: 355–358
- 22 Fagerström K, Johnson M. Attitudes, Knowledge and Behaviour of Smokers from Nine European Countries. GlaxoSmithKline, 2002
- 23 SNICAS 2002. In: Burtke, U. Raucherentwöhnung kommt zu kurz. Eschborn: GOVI-Verlag, 2002
- 24 Wittchen HU. SNICAS-Studie. Raucher und ihre Entwöhnung in der Praxis. *Der Hausarzt* 2002; 8: 52
- 25 Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation: implications for clinicians. *Clin Chest Med* 1991; 12: 727–735
- 26 Bölskei PL, Hering Th, Urlbauer M. Strukturierte Raucherberatung und Tabakentwöhnung. Handbuch für Ärzte. München: Institut für Raucherberatung & Tabakentwöhnung, 4 Aufl, 2004
- 27 Coleman T. Smoking cessation: integrating recent advances into clinical practice. *Thorax* 2001; 56: 579–582
- 28 Silagy C, Mant D, Fowler G et al. Nikotine replacement therapy for smoking cessation. In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998
- 29 Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a Nikotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685–691
- 30 Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337: 1195–1202
- 31 Schuurmans MM, Bolliger CT. Smoking cessation strategies for real-life situations? *Swiss Med Wkly* 2003; 133: 29–30
- 32 Pierce JP, Gilpin EA. Impact of over-the-counter sales on effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation. *JAMA* 2002; 288: 1260–1264
- 33 Bergmann L, Warncke W, Herschel M. Bupropion SR als Unterstützung in der Raucherentwöhnung rückfälliger Raucher: Ergebnisse einer offenen multizentrischen Studie in Deutschland. *Pneumologie* 2004; 139: 140–146
- 34 Gonzales DH, Nides MA et al. Bupropion SR as an aid to smoking cessation in smokers treated previously with bupropion: A randomized placebo-controlled study. *Clin Pharmacol Ther* 2001; 69: 438–444
- 35 Hering Th. Ärztliche Tabakentwöhnung in der pneumologischen Praxis: Möglichkeiten, Chancen und Grenzen. *Mitteilungsheft des Bundesverbandes der Pneumologen* 2003; 62: 8–13
- 36 Stead LF, Lancaster T, Perera R. Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). Oxford: The Cochrane Library Issue 2, 2003
- 37 Etter JF, Perneger TV. Effectiveness of a computer-tailored smoking cessation program. A randomised trial. *Arch Intern Med* 2001; 161: 2596–2601
- 38 [www.givingupsmoking.co.uk](http://www.givingupsmoking.co.uk)
- 39 Parrot S, Godfrey C, Raw M et al. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax* 1998; 53 (Suppl 5 Part 2): 1–38