

Update Raucherentwöhnung

Die wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Nikotinentwöhnungstherapie ist der Wille, mit dem Rauchen aufzuhören. Zu einer effektiven Raucherentwöhnung gehört aber auch eine individuelle Beratung mit Motivation, eine Verhaltenstherapie und eventuell eine medikamentöse Therapie.

Von Univ.-Prof. Dr. Manfred Neuberger

Tabakrauchen ist die häufigste vermeidbare Ursache von Krankheit und vorzeitiger Mortalität. In Österreich rauchen derzeit mehr als 2,3 Millionen der über 15-Jährigen, davon 1,6 Millionen täglich. Der Anteil der Jugendlichen, die bereits mit 13 Jahren oder früher das erste Mal Tabak probieren ist im internationalen Vergleich sehr hoch: 49 Prozent der Mädchen und 48 Prozent der Jungen geben an, in diesem Alter schon mehr als einen Zug an einer Zigarette gemacht zu haben. Tabakrauchen führt bei mindestens 50 Prozent der Raucher zu einer tabakassoziierten Organerkrankung, die zum vorzeitigen Tod führt. Praktisch jedes Organ kann durch das Zigarettenrauchen geschädigt werden. Das Risiko für Lungenkrebs ist beim Raucher um das Zehnfache erhöht. Bei acht von zehn COPD-Patienten ist Tabakrauchen die Hauptursache ihrer Erkrankung. Rauchen verursacht nicht nur Erkrankungen wie Myokardinfarkt, plötzlichen Herztod, abdominale Aortenaneurysmen und periphere arterielle Verschlusskrankheit, sondern erhöht die Wahrscheinlichkeit für ein metabolisches Syndrom und Diabetes mellitus Typ 2.

Abhängigkeit

Tabakrauchen führt beim Großteil der Raucher zur Abhängigkeit. Nikotin ist dabei maßgeblich für die suchterzeugende Wirkung des Tabakrauchs verantwortlich. Das suchtgenerierende Potenzial des Tabakrauchens ist mit dem harter Drogen vergleichbar. Die Tabakabhängigkeit ist als Krankheit im ICD-10-Code klassifiziert (behandlungswürdige Abhängigkeit). Den diagnostischen Kriterien der WHO zufolge kann man davon ausgehen, dass 80 Prozent der Raucher nikotinabhängig sind und dadurch statistisch gesehen durchschnittlich zehn Jahre ihrer Lebenszeit verlieren. Durch Konditionierung wird Rauchen an auslösende Reize aus Umwelt und Organismus gekoppelt und an angenehme Begleiterscheinungen (Beruhigung, Stressbewältigung, soziale Kontakte). Die körperliche Abhängigkeit vom Nikotin sowie psychische Abhängigkeit vom Rauchen durch Gewöhnung, angenehme Empfindungen während des Rauchens und negative Erwartungen an die Entwöhnungsphase sind die aufrechterhaltenden Bedingungen der Tabakabhängigkeit. Der Schweregrad der Nikotinabhängigkeit kann u.a. mit Hilfe des Fagerströmtests ermittelt werden.

Schlüsselfaktor Motivation

85 Prozent der erfolgreichen Exraucher geben auf Befragung an, ohne medikamentöse Hilfe mit dem Rauchen aufgehört zu haben, und zwar meist mit der „Schlusspunkt-methode“ (sofortiger Rauchstopp statt schrittweiser Reduktion). Fragt man rückfällige Raucher nach dem Grund ihres Misserfolges, so erfährt man, wie stark der Einfluss der Umwelt (rauchende Partner, Freunde etc.) ist und wie schwach Nikotinersatz wirkt, wenn er ohne Beratung und Motivation eingesetzt wird. Jedem Raucher sollte zum Rauchstopp geraten werden, daher sollte prinzipiell jeder Arztkontakt genutzt werden, um einen Rauchstopp anzusprechen. Es fehlt nicht an Interesse seitens der Patienten, sondern am Angebot seitens der Ärzte: mehr als zwei Drittel der Patienten, die aus anderen Gründen den Arzt, die Ambulanz oder ein Krankenhaus aufsuchen, nehmen angebotene Ratschläge an. Der Hausarzt kann hier die Erfolgsrate verdreifachen. Ähnliches gilt für den Betriebsarzt, wenn er vom Betriebsrat und der Betriebsleitung unterstützt wird (z.B. mit Raucherseminaren). Auch Apotheker, Krankenschwestern, Hebammen etc. können Raucher zum Rauchausstieg motivieren

Die „Five A's“ und „Five R's“

Bei jedem Raucher sollte im Rahmen eines kurzen Gespräches folgende Intervention nach den „Five A's“ versucht werden:

- Ask:** Erfragen und systematisches Erfassen des Rauchverhaltens bei jedem Arztbesuch
- Advise:** Empfehlung zum Aufhören für jeden Raucher
- Assess:** Evaluierung der Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören
- Assist:** Unterstützung und Entwicklung eines Managementplanes, wenn der Patient bereit ist aufzuhören
- Arrange:** Follow-up zur Rückfallprävention arrangieren

Für Raucher, die nicht bereit sind, mit dem Rauchen aufzuhören, sollte ein Versuch der Motivation mit den „Five R's“ erfolgen:

- Relevance:** Erarbeiten von spezifischen, ganz persönlichen Gründen für das Aufhören
- Risks:** Besprechen von Risikofaktoren und Umweltfaktoren
- Rewards:** Besprechen von Vorteilen, die der Rauchstopp bringt
- Roadblocks:** Hinterfragen von Barrieren, die daran hindern, mit dem Rauchen aufzuhören
- Repetition:** Wiederholung des Motivationsversuchs bei jedem Arztbesuch

und ihnen Anleitungen geben bzw. sie auch zu intensiveren Gruppen- oder Einzeltherapien schicken, wie sie von Ärzten, Psychotherapeuten oder Mentaltrainern angeboten werden. Die Erfolgsraten sind dann signifikant höher als jene ohne (ärztliche) Unterstützung.

Besonders bevölkerungswirksam sind Rauchverbote mit gleichzeitigem Angebot von Gruppenkursen. Kurse im Betrieb haben Erfolgsraten bis zu 50 Prozent. Dagegen zeigen Medikamente ohne Beratung meist keinen anhaltenden Erfolg. Kurzinterventionen ohne medikamentöse Unterstützung hatten nach zwölf Monaten Erfolgsraten von zehn Prozent, mit Medikamenten 15 bis 20 Prozent. Bei längerer und intensiverer Begleitung von Rauchstopp und Abstinenz steigt dagegen der Erfolg auf das Doppelte der genannten Werte an. Kurze Psychotherapie erwies sich als dreimal so wirksam wie ein Medikament. Langzeiterfolge nehmen mit dem Bildungsgrad der Patienten zu.

Wichtig ist es, dem Raucher primär zu sagen, warum er aufhören soll und erst im zweiten Schritt – falls er danach verlangt – wie er dabei vorgehen soll. Neben dem Gesundheitsgewinn sollte auch die Geldersparnis durch Nichtrauchen angesprochen werden. Die Basis jeder Rauchertherapie stellt die Motivation dar – insbesondere bei Jugendlichen. Der niederschwelligste Zugang ist das Internetangebot, etwa www.aerzteinitiative.at, mit praktischen Tipps, sowie das Rauchfrei-Telefon 0800 810 013, das gleichfalls rund um die Uhr kostenfrei erreichbar ist. Werktags von 10 bis 18 Uhr stehen hier Psychologen mit Spezialausbildung persönlich zur Verfügung; in der übrigen Zeit ein Anrufbeantworter mit der Möglichkeit eines Rückrufs. Für das Mobiltelefon wird www.rauchfreiapp.at angeboten. Auch Kurzinterventionen durch Spitalsärzte, Zahnärzte etc. erwiesen sich als erfolgreich. Weiters können Ärzte ihre aufhörwilligen Patienten per Fax beim Rauchfrei-Telefon ...

85 Prozent der erfolgreichen Exraucher geben an, ohne medikamentöse Hilfe mit der „Schlusspunkt-methode“ aufgehört zu haben.

... anmelden oder sie in eine Ambulanz (www.aerzteinitiative.at/R-Beratg.htm) oder zu einem Seminar ihrer Sozialversicherung senden.

Für starke Raucher werden Medikamente aus der Apotheke gegen die Entzugserscheinungen und die Rückfallgefahr während der ersten zwei bis drei Monate der Abstinenz empfohlen, doch kann kein Medikament das Rauchverlangen völlig unterdrücken und jede medikamentöse Rauchertherapie muss mit Beratung und Motivation kombiniert werden, um erfolgreich zu sein.

Wirkung des Nikotins

Krebsfördernde Wirkungen des Nikotins und die endogene Bildung karzinogener Nitrosamine aus Nikotinersatzpräparaten sind in ihrer Bedeutung für die Praxis umstritten. Aber jedenfalls ist Nikotin ein Suchtgift und sollte schon deshalb nur begrenzte Zeit während des Tabakentzugs eingenommen werden und keinesfalls ohne Einstellung des Rauchens. Während der Lungenkrebsbehandlung kann Nikotin die Wirkung der Chemotherapie blockieren. Bei Intensivpatienten stieg die Letalität bei Gabe von Nikotinpräparaten. Kontraindiziert ist Nikotin auch bei instabiler oder sich verschlechternder Angina pectoris, starken Herzrhythmusstörungen, sowie unmittelbar nach einem Myokardinfarkt oder Insult. Ebenso ist Nikotin in der Schwangerschaft aufgrund seiner Wirkung auf Lunge und Gehirn des Ungeborenen kontraindiziert.

Weiters sollte Nikotin während einer Krebstherapie vermieden werden, da es das Krebswachstum fördert. Bei längerer Einnahme (über mehr als drei Monate) ist das Risiko einer Abhängigkeit gegeben. Gelegentlich kann aber ein langsames Ausschleichen (Dosisreduktion) nötig sein.

Therapie

Nichtmedikamentöse Therapie. Die wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Nikotinentwöhnungstherapie ist der Wille, mit dem Rauchen aufzuhören. Zu einer effektiven Raucherentwöhnung gehört aber auch eine individuelle Beratung mit Motivation, eine Verhaltenstherapie und eventuell eine medikamentöse Therapie.

Nikotinersatztherapie. Cochrane-Berichte empfehlen eine Kombination von psychologischer und medikamentöser Therapie. Aber nicht jeder Raucher braucht Medikamente und der zu Rate gezogene Arzt sollte daher vor der

Verschreibung von Nikotinersatz den Grad der Nikotinabhängigkeit und die Ursache des Misslingens früherer Aufhörversuche explorieren. Nur bei Kombination von Nikotinersatz mit anderen Maßnahmen (z.B. den Interventionen in New York auf Basis strenger Nichtraucherchutzgesetze) wurden auch auf Bevölkerungsebene positive Effekte gesehen. Nikotinersatz und Bupropion sollen nach Industrieangaben die Erfolgsraten verdoppeln, Vareniclin fast verdreifachen, wenngleich diese Ergebnisse aus Doppelblindstudien nicht generell übertragbar auf die Allgemeinbevölkerung sind.

Schwangere müssen und Jugendliche sollten den Rauchstopp ohne medikamentöse Unterstützung schaffen. Die Nikotinersatztherapie ist eine alternative Methode zur Aufnahme von Nikotin, ohne Tabak zu rauchen. Zu bevorzugen ist Nikotinpflaster (Wirkungseintritt nach zwei bis vier Stunden, neues Pflaster an anderer Stelle nach 16 bis 24 Stunden), denn inhalative und orale Nikotinpräparate bergen das Risiko, dass die Nikotinsucht aufrechterhalten wird. Völlig abzulehnen ist Oraltabak (Lutschtabak und Kautabak), weil er Karzinogene für Mundhöhle und Pankreas enthält, sowie E-Zigaretten wegen der Belastung mit Ultrafeinstaub, Karbonyle, Glykolen etc. sowie der unverlässlichen Nikotindosen und der Aufrechterhaltung des Rituals, das die Entwöhnung erschwert.

Bupropion. Der selektive Dopamin- und Noradrenalinwiederaufnahmehemmer hat gegenüber Nikotinersatz den Vorteil, nur auf Rezept abgegeben zu werden und die Nikotinabhängigkeit nicht aufrechtzuerhalten. Dafür beträgt das Risiko eines Grand-Mal-Anfalles – auch bei Beachtung der Kontraindikationen – immerhin ein Promille. Bupropion wird in einer Dosis von 150mg über eine Woche einmal täglich und dann für weitere sieben Wochen zweimal täglich eingenommen. Studien mit verlängerter Einnahme zur Rückfallprophylaxe nach initialer Abstinenz konnten keinen eindeutigen zusätzlichen Erfolg nachweisen. Eine Kombination von Bupropion mit Nikotinersatz bringt keine Vorteile gegenüber den Einzeltherapien, die etwa gleich hohe Erfolgsraten aufweisen. Kurze Psychotherapie war erfolgreicher als Bupropion.

Cytisin. Höhere Erfolgsraten als für Bupropion oder Nikotinersatz werden für den in Osteuropa schon lange verwendete und im Westen vor Kurzem wiederentdeckten

partiellen $\alpha 4\beta 2$ -Agonisten Cytisin angegeben. In den ersten drei Tagen der Abstinenz wird eine Tagesdosis von 9mg (sechs Tabletten zu je 1,5mg) und danach eine schrittweise Reduktion auf eine Tagesdosis von 3mg bis zum 25. Tag empfohlen. Als häufigste Nebenwirkungen wurden Übelkeit, Erbrechen und Schlafstörungen berichtet.

Vareniclin. Die Wirksamkeit von Cytisin wird noch von Vareniclin, ebenfalls ein partieller Nikotinagonist, übertroffen. Vareniclin wird seit 2013 in der Schweiz stark abhängigen Rauchern ab 18 Jahren für zwölf Wochen von der Krankenkasse bezahlt.

Folgende Dosierung wird vom Hersteller empfohlen: Tag 1 bis Tag 3: 0,5mg (eine weiße Filmtablette) täglich; Tag 4 bis 7: morgens und abends je 0,5mg (weiße Filmtabletten); Tag 8 bis Tag 84: morgens und abends je 1mg (blaue Filmtabletten). Die Einnahme sollte immer zur gleichen Tageszeit erfolgen. Im Bedarf kann die medikamentöse Behandlung auch länger als zwölf Wochen (maximal sechs Monate) durchgeführt werden, sollte aber gegen Ende der Therapie wieder schrittweise auf eine Tagesdosis von 0,5mg reduziert werden. Nach Rückfällen ist in der Regel keine Dosiserhöhung, sondern eine bessere Motivation und psychologische Begleitung zu empfehlen. Die Dosis von zweimal 1mg pro Tag muss bei schwerer Niereninsuffizienz auf die Hälfte reduziert werden. Stark Nikotinabhängigen, die trotz Vareniclin noch Entzugserscheinungen aber keine Übelkeit haben, kann dreimal 1mg pro Tag verschrieben werden.

Vareniclin kann auch mit Bupropion kombiniert werden, wogegen die Kombination mit Nikotin keine Vorteile brachte.

Die Nebenwirkungen von Vareniclin beschränken sich meist auf Übelkeit, Rhinopharyngitis, Schlafstörungen, abnorme Träume oder Kopfschmerzen. Bei (meist nur vorübergehender) Übelkeit wird viermal 0,5mg besser vertragen. Selbst nach einem Herzinfarkt kann während der Rehabilitation die Psychotherapie mit Vareniclin kombiniert werden, falls erstere nicht ausreicht. Denn ob das Risiko während der kurzen Behandlung 0,82 oder 1,06 Prozent beträgt, wie eine kanadische Studie herausfand, ist nicht entscheidend, sondern für das zukünftige Herzinfarktrisiko des Rauchers zählt nur, ob er den Rauchstopp schafft und nicht mehr rückfällig wird. Ein erhöhtes Herzinfarktrisiko gehen vor allem Raucher ein, die zwar Medikamente einnehmen, die den Rauchstopp erleichtern sollen, aber dabei weiterrauchen.

Lange Zeit beherrschte das Suizidrisiko während des Nikotinentzugs die Schlagzeilen und im Beipackzettel von Vareniclin wird vor gefährlichen psychiatrischen Nebenwirkungen gewarnt. Hier zeigen neuere Studien, dass Raucher an und für sich ein höheres Risiko für Depressionen aufweisen, die sich beim Entzug bzw. Rückfall verstärken können. Deshalb ist vor der Rauchertherapie eine entsprechende Anamnese und erforderlichenfalls eine Begleittherapie mit Antidepressiva erforderlich.

Wie bei jeder Therapie der Depression ist darauf zu achten, dass die Antriebssteigerung (mit Suizidgefährdung) nicht stärker wird als die Stimmungsaufhellung. Beim Auftreten abnormer Träume kann die zweite Tagesdosis von Vareniclin schon nach dem Mittagessen eingenommen werden. Neuropsychiatrische Hospitalisierungen traten unter Vareniclin nicht häufiger auf als bei Nikotinersatztherapie und insgesamt waren neuropsychiatrische Störungen unter Vareniclin sogar seltener als unter Nikotin-

Die wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Nikotinentwöhnungstherapie ist der Wille, mit dem Rauchen aufzuhören.

ersatztherapie und Suizide nicht häufiger. Auch bei Patienten mit Schizophrenie haben sich Vareniclin und Bupropion bewährt.

Für Raucher mit Gewichtsproblemen ist Vareniclin empfehlenswert, wenn es mit Sport- und Ernährungsberatung kombiniert wird. Allerdings sollte der erste Therapieversuch bei jungen, gesunden Rauchern immer ohne Nikotinersatz oder anderen Medikamente erfolgen, weil sonst eine passive Erwartungshaltung entsteht, die durch Medikamente meist enttäuscht wird und zum Rückfall führt. Übergewichtige Raucher sollten sich zuerst das Nichtrauchen vornehmen – Rauchen stellt das höhere Gesundheitsrisiko dar und als Exraucher fällt das Abnehmen später leichter, weil diese mehr Leptin produzieren. Zu Beginn des Nikotinentzugs ist eine leichte, passagere Gewichtszunahme meist unvermeidlich, aber gesundheitlich nicht relevant und bald wieder rückgängig zu machen. Die stärksten Gewichtszunahmen nach dem Rauchstopp fanden wir bei Raucherinnen, die wieder rückfällig wurden. Während der ersten Wochen des Nikotinentzugs sollte man sich vornehmen, mehr Sport zu betreiben (bei jedem Gusto auf eine Zigarette aufs Ergometer und das Verlangen wegradeln!), nach dem Essen nicht sitzen zu bleiben, sich zum TV oder PC keine Süßigkeiten zu stellen (sondern Mineralwasser, Kaugummi, kalorienarmes Knabberzeug, Karotten etc.), die Hände mit Spielzeug oder Handarbeit zu beschäftigen und sich selbst anders zu belohnen als durch Naschen.

Rückfallvermeidung

Alle medikamentösen Therapien (Nikotinersatz, Bupropion, Cytisin, Vareniclin u.a.) sollten nur während der ersten Zeit der Abstinenz als Unterstützung der Psychotherapie (motivational interviewing) gegeben werden. Bevor die Behandlung nach einem Rückfall wiederholt wird, sind die Ursachen des Rückfalls zu analysieren und gemeinsam mit dem Patienten Strategien zur Rückfallvermeidung zu entwickeln.

Sozialer Kontext

Sowohl die soziale Isolierung als auch eine starke Bindung an Raucher fördern Rückfälle. Aufhörversuche sind erfolgreicher, wenn der Partner oder die Arbeitskollegen mitmachen. Falsche Freunde, die den neuen Exraucher um seinen Erfolg beneiden und wieder verführen möchten, sollte man im Entzug ebenso meiden wie feuchtfrohliche Gelage, bei denen man die Kontrolle verliert. Die Rückfallquote ist in Gasthäusern besonders hoch, deshalb sollte man ausschließlich in Nichtraucherlokale gehen, den Kontakt mit erfolgreichen Exrauchern und die Gesellschaft von Nichtrauchern suchen. Denn Gruppendynamik hilft: Nichtrauchen ist ansteckend!

Literatur beim Autor



Univ.-Prof. Dr. Manfred Neuberger
Institut für Umwelthygiene,
Medizinische Universität Wien

Ärztlicher Fortbildungsanbieter:
Abteilung für
Atmungs- und
Lungenkrankheiten,
Krankenhaus
Hietzing Wien

Lecture Board:
Prim. Univ.-Prof.
Dr. Wolfgang Pohl,
Prim. Univ.-Prof.
Dr. Wolfgang Popp,
Dr. Hans Schwaiger

Wirksamkeit medikamentöser Therapien auf die Tabakabstinenz von sechs Monaten oder mehr

Medikament	Studienzahl	Personenzahl	Abstinenzraten (Prozent)		Odds Ratio (95 Prozent Konfidenz)
			mit Medikament	mit Placebo	
Nikotinersatztherapie vs. Placebo	119	51.225	17,3	10,3	1,84 (1,71–1,99)
Bupropion vs. Placebo	36	11.440	18,9	10,6	1,82 (1,60–2,06)
Vareniclin vs. Placebo	15	6.293	27,6	11,9	2,88 (2,40–3,47)
Bupropion vs. Nikotinersatztherapie	8	2.581	20	23	0,99 (0,86–1,13)
Vareniclin vs. Nikotinersatztherapie	0	0	NA	NA	1,57 (1,29–1,91)
Vareniclin vs. Bupropion	3	1.622	21,1	13,9	1,59 (1,29–1,96)

Quelle: Cahill et al. 2014, JAMA 311:194

Foto: Privat