

Mit Rauchen aufhören – aber wie?

Ärztliche Hilfsmassnahmen bei der Tabakentwöhnung

Die «neuen Raucher» sind vor allem junge Frauen: Unter den 14- bis 19-Jährigen rauchen heute mehr Mädchen als Jungen. Was anfangs ein «cooles Gruppengefühl» bedeutete, wird schnell zur Tabakabhängigkeit und lässt sich später – wenn die Gesundheitsrisiken bewusst werden – äusserst schwer absetzen. Viele Raucherinnen und Raucher versuchen im mittleren Alter, weniger zu rauchen oder ganz aufzuhören, nur ein Bruchteil schafft es auf Dauer. Neue Studien zeigen, dass ärztliche Begleitung und therapeutische Unterstützung enorm wichtig ist und die Erfolgsrate für Nikotinabstinenz deutlich steigert.

BÄRBEL HIRRLÉ

Epidemiologischen Untersuchungen zufolge sind es junge Frauen, vor allem jene aus sozial schwächeren Schichten und auch oft Immigrantinnen aus Osteuropa, die von allen Rauchergruppen heute häufiger als vor zehn und mehr Jahren zur Zigarette greifen. Frauen werden als «neue Risikotypen» für tabakbedingte Krebs-, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen erkannt. Dies wird in der Medizin wie auch in der Gesundheitspolitik relevant, auch wenn, gesamthaft gesehen, immer noch mehr Männer als Frauen rauchen (vgl. *Kasten 1*).

Entwöhnung in jungen Jahren entscheidend

Für den gynäkologischen Grundversorger, der sich als Hausarzt der Frau versteht und einen grossen Teil seiner ärztlichen Tätigkeit in der Präventionsberatung sieht, stellt sich damit eine wichtige Aufklärungsaufgabe. Diese bezieht sich nicht allein auf die Schwangerenvorsorge zum Schutz von Mutter und Kind, sondern auf den Grossteil der gynäkologischen Patientinnen, die sich in jungen und mittleren Lebensjahren befinden. Ob bei der präkonzeptionellen Schwangerschafts-, oder kontrazeptiven Beratung, bei der Krebsvorsorge oder in speziellen Behandlungssituationen – die gelungene Nikotinentwöhnung respektive -prävention jüngerer Menschen kann die Lebenserwartung für Jahre verlängern.

Junge Frauen (und Männer) die rauchen, brauchen Aufklärung, Motivation und therapeutische Unterstützung für einen Rauchstopp, wenn er auf Dauer gelingen soll. Dabei hat sich gezeigt, dass durch die medikamentöse und verhaltenstherapeutische Begleitung während der Nikotin-Entwöhnungsphase deutlich höhere Erfolgsraten entstehen – im Vergleich zu solchen, die entstehen, wenn die Frauen

(und Männer) mit ihrem Versuch, nicht mehr zu rauchen, allein gelassen werden. Ärztinnen und Ärzte haben folglich eine bedeutende Aufgabe beim Gelingen der Tabakentwöhnung.

Einige Zahlen hierzu: Vor ihrem Tod schafft es gerade die Hälfte der Raucherinnen und Raucher, den «Glimmstängel» dauerhaft wegzulassen. Trotzdem ist es in sehr vielen Fällen zu spät. Ist das 40. Lebensjahr nämlich erreicht, verkürzt jedes Jahr, in dem immer noch geraucht wird, die Lebenserwartung statistisch um drei Monate, so die Ergebnisse und Berechnungen der «British doctor's study» aus dem Jahr 2004. *Der dauerhafte Tabakverzicht muss also, wenn irgend möglich, vor dem 40. Lebensjahr einsetzen.*

Evidenzbasierte Empfehlungen und neue Therapieoptionen zur Nikotinentwöhnung wurden kürz-

Kasten 1:

Am meisten legen die Mädchen zu

Beispiel USA:

- 20,9% der Erwachsenen rauchen – und 23% der High-School-Schüler (alle Ethnien berücksichtigt)
- Von den High-School-Schülerinnen rauchen 27% der weissen Mädchen (nicht hispanischer Abstammung) in der Erhebung 2003 und 2005 (1995 und 2001 waren es 40 und 31%). Bei den Jungen gleicher Ethnie rauchen 23 bis 25% (Erhebung 2003 und 2005) (1995: 37 und 33%). Die Gleichaltrigen afrikanischer und hispanischer Abstammung rauchen seltener.
- Erwachsene: In den Neunzigerjahren ist der Tabakkonsum bei Männern dank öffentlicher Massnahmen (Werbeverbot, Steuererhöhung auf Zigaretten, Aufklärungsarbeit usw.) deutlich zurückgegangen, seitdem stagniert die Prävalenz mit leicht sinkender Tendenz. Insgesamt rauchen aber mehr Männer als Frauen (Unterschied zirka 5%).

Quelle: Youth Risk Behavior Surveillance System 1991 bis 2005. Centers of Disease Control 2006.

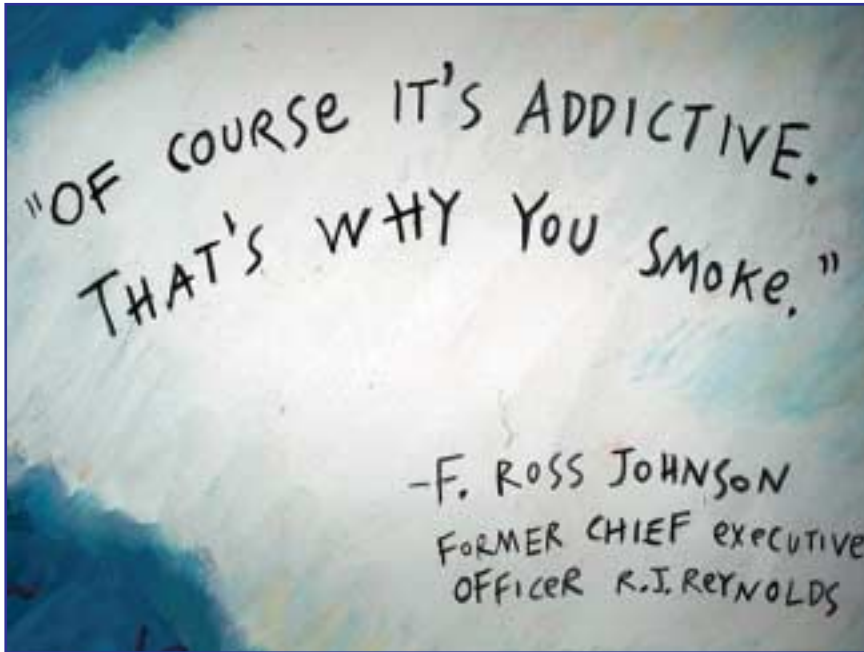


Abbildung 1: Zitat des ehemaligen CEO F. Ross Johnson, R. J. Reynolds Tobacco Company, als «Wandmalerei»: Als 1988 der US-amerikanische «Surgeon general's report» (1) erstmals feststellte, dass Nikotin abhängig macht, war diese Erkenntnis in der Tabakindustrie längst bekannt – trotz öffentlicher Verneinung damals von dieser Seite. Interne Mitteilungen zeigen, dass die Wahrheit schon 1963 dort bekannt war (2).

Quellen:

1. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking. Nicotine addiction. A report of the Surgeon General. Washington, DC: US Government Printing Office; 1988.
2. Addison Yeaman, counsel/vice-president of Brown & Williamson. Document 1802-05, Internal report dated July 17, 1963.

Bildquelle: J. Henningfield.

Abbildung und Information wurden zur Verfügung gestellt von Prof. Dr. med. Scott Leischow, Arizona Cancer Center/USA, im Rahmen des «European Journalist Trips» zum ASCO 2007, Chicago, 3. bis 6. Juni 2007.

lich in einem Review im British Medical Journal zusammengefasst (1). Der folgende Beitrag resümiert die wesentlichen Erkenntnisse und Studienresultate, welche aufgrund einer Recherche der Cochrane Library zur Tabakabhängigkeit zusammengetragen wurden. Weitere Aspekte zur Nikotinabhängigkeit und Epidemiologie aus aktuellen Erhebungen sind ergänzt.

Rauchen: warum Aufhören so schwer ist

Querschnittsuntersuchungen zeigen, dass die meisten Raucherinnen und Raucher in Ländern Westeuropas und Nordamerikas zu einem bestimmten Zeitpunkt das Rauchen aufgeben möchten. Eine britische Studie aus dem letzten Jahr fand, dass 78 von 100 Rauchern mindestens einen solchen Versuch im Jahr machen. Die Hälfte der Raucher glaubt zu Beginn, nach 12 Monaten nicht mehr zur Zigarette greifen zu müssen. Tatsäch-

lich schaffen es aber nur 2 bis 3%, so das Resultat.

Als Gründe für den Griff in die Zigaretenschachtel werden meist «Stresslinderung», «Entspannung» und «Vergnügen» angegeben, der Hauptgrund ist aber die Nikotinabhängigkeit, welche schon kurze Zeit nach dem ersten Zigarettenrauchen einsetzt: Nikotin erzeugt massive Veränderungen im Hirnstoffwechsel und bewirkt sogenannten «Nikotinhunger», sobald der Raucher eine Zeit lang ohne Tabak bleibt. Ausgeprägte Impulse zu rauchen entstehen durch typische Stimuli, welche bereits Befriedigung durch Vorfremde auf das Rauchen schaffen. Ein weiterer Mechanismus wird deutlich beim plötzlichen, nicht begleiteten Tabakentzug: Psychisches Leiden von schlechter Laune bis zu depressiver Verstimmung und körperliche Symptome (Schlafstörungen, Kopfschmerzen u.v.m.) beeinträchtigen meist so sehr, dass schon spätestens nach einer Woche erneut – unter Versa-

gensgefühlen und dranghaft – zur Zigarette gegriffen wird, welche dann grosse Erleichterung bringt (vgl. Kasten 2).

Therapiebausteine zur Nikotinentwöhnung

Wie sollte ärztlicherseits das Thema Rauchen, seine Gesundheitsrisiken und Wege zur Entwöhnung am besten angeschnitten werden? Als wenig hilfreich und eher «kontraproduktiv» hat es sich erwiesen, wenn ärztliche Ratschläge als «Belehrungen» über Gesundheitsrisiken empfunden werden, welche möglicherweise im Ansatz schon bekannt sind, und wegen deren vielleicht schon Rauchstoppversuche unternommen wurden. Wenn aber konsequente ärztliche Begleitung angeboten und die heutigen Therapiemöglichkeiten besprochen werden, sind viele RaucherInnen, auch solche mit missglückten Verzichtversuchen, motiviert, eine Nikotinentwöhnung durchzuhalten, so die Erfahrungen.

Englischsprachige Guidelines schlagen ein Vorgehen nach den fünf «A» vor:

- **ask:** fragen nach Rauchgewohnheiten und Rauchstoppversuchen
- **advise:** Rauchstopp empfehlen
- **assess:** Motivation und Notwendigkeit einer Pharmakotherapie erfragen
- **assist:** mit der Medikamentenverschreibung und Überweisung an ein Verhaltenssupportprogramm begleiten und
- **arrange:** eine Nachkontrollbesprechung vereinbaren

Nikotinersatztherapie (NRT)

Eine Metaanalyse von mehr als 100 randomisierten kontrollierten Studien zeigte, dass alle Formen der Nikotinersatztherapie (NRT) in etwa gleich effektiv sind, was den Langzeiterfolg betrifft (Odds Ratio 1,77, 95% CI 1,66–1,88), allerdings sind die vorliegenden Daten ungenügend, um Wirkunterschiede der verschiedenen Applikationsformen (Kaugummi, Pflaster, Nasenspray oder Dragee, z.B. Nicorette®, Nicotinell®) auszuschliessen. Daher gilt: RaucherInnen, die mit einer Form «versagten», sollten beim zweiten Rauchstoppversuch (zusätzlich) eine andere Anwendung wählen (z.B. Kaugummi bei «Durchbruchdrang»). Eine Metaanalyse von sechs Studien zeigte, dass das Pflaster plus eine schnell wirksame NRT-Form

Kasten 2:

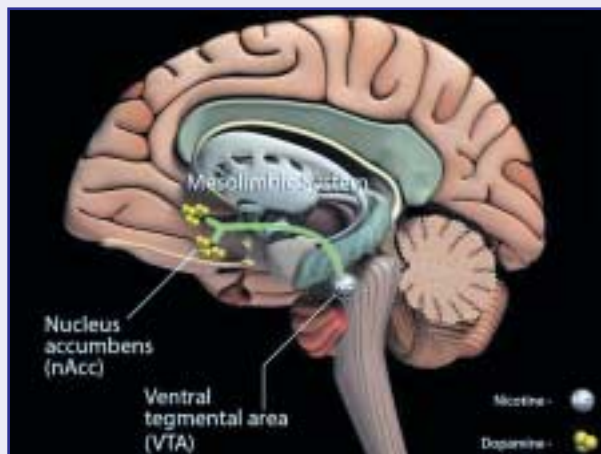
Wie entsteht Nikotinabhängigkeit?

■ Nikotin, eine toxische Substanz in der Tabakpflanze, die vor Insektenfrass schützt, besitzt eine ähnliche chemische Struktur wie der natürliche Neurotransmitter Acetylcholin und bindet an den gleichen Rezeptoren im ZNS, und zwar schon wenige Sekunden nach den ersten Zigarettenzügen. In der Folge wird vermehrt Dopamin ausgeschüttet, welches Genuss und Wohlbefinden, einen sogenannten «Belohnungseffekt» erzeugt. Es entsteht ein Kreislauf, der «Tu es wieder» fordert, denn: Zwischen Rauchpausen fällt der Dopaminspiegel sehr schnell ab; der/die Betreffende empfindet Entzugs Symptome wie starkes Verlangen und Reizbarkeit bei Nichtbefriedigung. Dieser Drang fordert erneutes Rauchen, damit der Dopaminspiegel wieder auf ein Niveau steigt, wo sich Wohlbefinden einstellt.

■ Umgebungs- und soziale Stimuli verbunden mit Rauchen spielen eine wichtige Rolle. Bereits das Öffnen der Zigarettschachtel, das Anzünden der Zigarette, der Geruch und das Erkennen dieser erzeugen eine Befriedigung durch «Vorfreude».

Aus diesem Grund bringen Pharmakotherapie plus Verhaltenstherapie die höchsten Langzeit-Abstinenzraten (30%) verglichen mit keinen (5%) oder weniger (5 bis 20%) Interventionen. (Hughes, J.R. CA Cancer J. Clin. 2000; 50: 143–151).

Quelle: Dokumentation «European Journalist Visit» (organisiert von Pfizer), anlässlich des ASCO 2007 Chicago, 3 bis 6. Juni 2007.



Nikotin bindet vor allem an die Nikotin-Acetylcholin-Rezeptoren im ZNS; primär an den $\alpha_4\beta_2$ -Nikotinrezeptoren im Ventral Tegmental Areal (VTA).

In der Folge wird Dopamin im Nucleus Accumbens (nAcc) ausgeschüttet. Dieses erzeugt den «Belohnungseffekt», d.h. Wohlbefinden.

die Wahrscheinlichkeit des Langzeiterfolgs erhöht. Die NRT ist in vielen Ländern im Übrigen zugelassen zur Verringerung der Zigarettenmenge, also bevor der eigentliche Rauchstopp begonnen hat.

Antidepressiva

Eine systematische Untersuchung ergab, dass Menschen während der Nikotinentwöhnung in depressive Stimmung verfallen. Daher ist die therapeutische Begleitung mit Antidepressiva logisch begründet. Ein Substanzvertreter, Bupropion (Zyban®), ist zugelassen «zur Behandlung der Nikotinabhängigkeit als Unterstützung während der Rauchentwöhnung» (vgl. Arzneimittelkompendium Schweiz). Eine Metaanalyse aus 31 Studien zeigt, dass Bupropion die Erfolgsrate fast verdoppelt (Odds Ratio: 1,94; CI 1,72–2,19). Für Nortriptylin, obwohl für die Indikation Nikotinentwöhnung nicht zugelassen, zeigt eine Metaanalyse aus sechs Studien einen ebenfalls guten Effekt. Bezüglich der selektiven Serotonin-Reuptake-Hemmer (SSRI), die in Grossbritannien zur Therapie der ersten Wahl zugelassen sind, ergibt eine Metaanalyse dagegen keine Erhöhung der Abstinenzrate. Noch ist die Überlegenheit einer dieser Substanzen, auch bei Kombination mit einer NRT, aber nicht ganz schlüssig.

Die neue Substanz Vareniclin

Vareniclin (Champix®) ist ein neu zugelassener partieller Agonist gegen den $\alpha_4\beta_2$ -Nikotinrezeptor. Metaanalysen randomisierter kontrollierter Studien zeigen, dass die Substanz sowohl Placebo als auch Bupropion und zudem der NRT überlegen ist. Die Vareniclin-Studien schlossen aber alle eine häufige kurze Unterstützung (weniger als 10 min) bei Rauchdranggefühlen ein. Die Anwendung in Kombination mit Verhaltenstherapie verspricht beste Erfolgchancen für die Rauchentwöhnung, auch wenn die Pharmakologie und Therapiestudien darauf schliessen lassen, dass der neue Nikotinrezeptoragonist auch allein wirksam ist.

Therapiewahl und spezielle Gruppenunterstützung

Zu den Behandlungsoptionen der ersten Wahl bei Nikotinentwöhnung gehören folglich die Nikotinersatztherapie, Bupropion und Vareniclin. Sind bereits mehrere Rauchstoppversuche unternommen worden, sollte bei dem neuen Versuch grundsätzlich auf die Substanz zurückgegriffen werden, die bereits spürbar Dranggefühle unterdrücken konnte. Medikamente, die mit ausgeprägten Nebenwirkungen verbunden waren oder von denen die Patientin nicht überzeugt war, sollten weiterhin abgelehnt werden.

Die Besprechung der Pro und Kontra der jeweiligen Behandlungen mit der Patientin ist wesentlich.

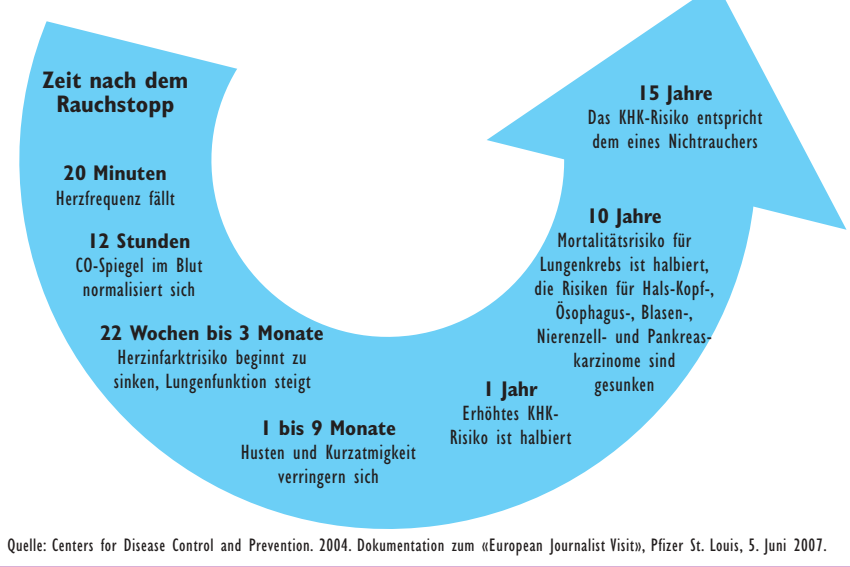
«GesellschaftsraucherInnen»

In fast allen Studien, die die Begleitmedikation zur Raucherentwöhnung untersuchen, sind die Teilnehmer starke Raucher. Wie sind aber Raucherinnen, die nur in geselligen Runden, weniger als zehn Zigaretten pro Tag oder gelegentlich rauchen, zu beraten? Diese Gruppen machen einer britischen Untersuchung zufolge bis zu einem Viertel der RaucherInnen aus.

Dabei ist es unzulässig, von der Zahl der Zigaretten pro Tag auf die Nikotinsucht zu schliessen. Viel ausschlaggebender hierfür sind die Inhalationshäufigkeit und -tiefe sowie die Nikotinmenge über längere Zeiträume. Mehrere Beobachtungsstudien zeigen, dass die meisten «leichten RaucherInnen» bei Rauchstoppversuchen Nikotindrang empfinden und schon mehrere Versuche unternommen haben, das Rauchen ganz aufzugeben. Daher wird es für sinnvoll gehalten, auch solchen Raucherinnen und Rauchern eine unterstützende Behandlung anzubieten. Eine Subgruppenanalyse einer randomisierten Vergleichsstudie mit Nikotindragees zeigte, dass durch die Einnahme die Entwöhnungsrate verdoppelt wurde und ebenso wirk-

Abbildung 2:

Gesundheitseffekte nach dem Rauchstopp



sam wie bei «starken Rauchern» war. Eine Kurzzeitanwendung einer NRT und Beratung, so häufig wie notwendig zur Verringerung der Drang- und Entzugssymptome, wird für diese Gruppe empfohlen.

Schwangere

Während der Schwangerenvorsorge sollte die unterstützte Nikotinentwöhnung mit der Patientin besprochen werden. Eine Metaanalyse wies nach, dass Rauchstoppprogramme für schwangere Frauen deutlich dazu beitragen, Frühgeburten und niedriges Geburtsgewicht der Kinder zu verringern. In Grossbritannien gelingt es der Hälfte der Frauen, während der Schwangerschaft nicht zu rauchen, den meisten ohne ärztliche Unterstützung. Die Frage, ob respektive inwieweit die NRT in der Schwangerschaft ohne negative Wirkungen auf das Ungeborene ist (Nikotin ist ein Vasokonstriktor!), lässt sich mit der derzeitigen Datenlage nicht eindeutig beantworten. Drei kleinere NRT-Studien mit schwangeren Frauen wiesen keinen Schaden für den Schwangerschaftsverlauf und das Kind nach, konnten aber auch den Nutzen nicht eindeutig belegen. Zu beachten ist, dass der Nikotinmetabolismus in der Gravidität um etwa 30% beschleunigt ist, was die Wirksamkeit der NRT verschlechtern kann. Schnell wirksame NRT-Applikationen wie Kaugummi, Inha-

lator und Sublingualtablette sind vorzuziehen. Nikotinpflaster sollten nachts entfernt werden, um die Exposition des Ungeborenen zu verringern. Gleiches gilt für die Stillzeit.

Jugendliche

Für Jugendliche über zwölf Jahren ist zur Raucherentwöhnung von allen Pharmaka allein die NRT zugelassen. Systematische Untersuchungen randomisierter kontrollierter Studien zeigten aber keine Wirksamkeitsevidenz, wobei die Interpretation schwierig ist wegen schlechter Compliance und kleiner Teilnehmerzahl. Die NRT ist für adoleszente RaucherInnen dennoch eine Option zur Unterstützung der Tabakentwöhnung. Wenn Lehrer orale Formen nicht akzeptieren, sollten Pflaster appliziert werden.

Verhaltenstherapie oder Beratung?

Sofern für die Nikotinentwöhnung speziell geschulte Ärzte oder Gesundheitsberater verfügbar sind, sollte den Patientinnen in jedem Fall eine unterstützende Verhaltenstherapie angeboten werden. Metaanalysen zeigten, dass ausführliche Therapiekonzepte, insbesondere Gruppenbehandlungen und solche über einen längeren Zeitraum, die Erfolgsrate quasi verdoppeln, verglichen mit Kurzberatungen. Auch regelmässige telefonische Kontakte haben sich als effektiv

erwiesen, wenn auch weniger ausgeprägt.

Alternative Behandlungen mit Akupunktur und Hypnose zeigten insgesamt wenig Effekt, auch wenn in Einzelfällen Erfolge zu verzeichnen sind.

Wie beim Rückfall geholfen werden kann

Rückfälle bei Rauchstoppversuchen nach anfänglicher Zigarettenabstinenz sind als normal anzusehen – auch bei ärztlicher Unterstützung. Es scheint keine psychologische Interventionsmassnahme zur Rückfallprophylaxe zu existieren. Die Langzeitanwendung von Bupropion über ein Jahr kann einen Rückfall verzögern, wie eine Studie ergab. Die verlängerte NRT kann effektiv sein wie auch die Gabe von Vareniclin. Die Vareniclin-Gabe über zusätzliche zwölf Wochen hat die Rückfallrate um 30% in den ersten sechs Monaten nach Behandlungsende verringert, verglichen mit Plazebo. Bisher erhalten nur 1 von 20 Raucherinnen und Raucher, die eine dauerhafte Tabakabstinenz anstreben, eine optimale therapeutische Unterstützung zur Verringerung der Entzugssymptome. Ärzte – und darunter auch Gynäkologinnen und Gynäkologen – spielen eine Schlüsselrolle bei der frühzeitigen Prävention nikotinbedingter Krankheiten. ■



Bärbel Hirrle (Redaktion)

Quellen:

1. Aveyard, P. et al.: Managing smoking cessation. Clinical review. *BMJ* 2007; 335: 37–41. (Studienliteratur in diesem Artikel).