

Rauchstopp-Beratung für die Praxis

Evidenz-basierte Informationen und erfahrungsmedizinische Tipps

Macé M. Schuurmans, Anne-Katharina Burkhalter und Jean-Pierre Zellweger

Mehr als ein Viertel der Bevölkerung raucht. Von diesen Personen stirbt etwa die Hälfte vorzeitig an Rauch-assoziierten Krankheiten. Aufgrund der heutigen Evidenzlage kann Rauchen als Risikofaktor für kardiovaskuläre und onkologische Erkrankungen von Ärzten nicht mehr als «vernachlässigbares Übel» oder «Life-Style-Option» klassiert und deshalb ignoriert werden. Die Erfassung und Charakterisierung der Tabakabhängigkeit sowie Kenntnisse zu medikamentösen Therapieoptionen und Lösungsvorschläge für häufige Begleitphänomene gehören heutzutage zum geforderten ärztlichen Allgemeinwissen.

Einleitung

Tabakabhängigkeit (ICD-10, F17.2) beziehungsweise Nikotinabhängigkeit (DSM-IV-505.10) verkürzt das Leben von etwa 50 Prozent der Betroffenen und ist damit die wichtigste einzelne vermeidbare Ursache von vorzeitigem Tod. Regelmässige Raucher leben im Durchschnitt 10 Jahre weniger als Nichtraucher (1), und eine erhöhte Mortalität ist schon beim «leichten» Raucher (1 bis 4 Zigaretten täglich) statistisch bewiesen (2). Frauen sind ebenso gefährdet wie Männer, insbesondere in Bezug auf kardiovaskuläre Krankheiten sowie COPD (3).

Obwohl heute mehrere wirksame Methoden professioneller Rauchstopp-Hilfe existieren, sind die Bemühungen vieler Ärzte und Krankenversicherungen bescheiden, sodass defacto vielen Rauchenden keine wirkliche Ausstiegshilfe zur Verfügung steht. Zahlreiche Erhebungen haben ergeben, dass die Mehrzahl der Rauchenden mit dem Rauchen aufhören möchte. Mangels eines entsprechenden Angebotes kommt es mehrheitlich lediglich zu Spontanaufhörversuchen, welche leider nur eine sehr geringe Erfolgschance haben (3-5% Einjahresabstinentz). Die Erhebung und Dokumentation des Raucher-Status sind von zentraler Bedeutung für die ärztliche Tätigkeit und die Gesundheit der Patienten. Nur das Erfassen des Problems ermöglicht eine entsprechende Intervention (4).

Es gibt noch zu viele Ärzte, welche den Raucherstatus ihrer Patienten gar nicht erheben. Zahlreiche Patienten geben glaubhaft an, dass sie noch nie von einem Arzt aufgefordert wurden, mit dem Rauchen aufzuhören!

Rauchverbot und Passivrauchen

Der Nebenstromrauch ist der wichtigste Luftverschmutzer in Innenräumen. Unterdessen befürworten 80 Prozent der Schweizer rauchfreie öffentliche Innenräume. In zahlreichen Kantonen sind entsprechende Gesetze etabliert oder im Entstehen. Die nationale Gesetzgebung wird nachziehen, dies auch wegen der internationalen und besonders der europäischen Gesetzeslage.

Passivrauchen schadet nachweislich:

- ◆ Für die Schweiz werden jährlich 1000 vorzeitige Todesfälle durch Passivrauchen errechnet.
- ◆ Der Fötus weist ein niedrigeres Geburtsgewicht auf, mit Folgen bis in die späte Kindheit (niedrigere Lungenfunktion, aber auch Verhaltensauffälligkeiten, Anfälligkeit für Asthma, Lungenkrankheiten und Mittelohrentzündungen).
- ◆ Plötzlicher Kindstod ist häufiger.
- ◆ Bei erwachsenen Nichtrauchenden lässt Passivrauchen das Risiko eines Lungenkrebses ansteigen, und es erhöht das Risiko von Herz-Kreislauf-Krankheiten.

Evidenz-basierte Rauchstopp-Beratung

Rauchstopp-Beratung gilt heute als die kosteneffizienteste Massnahme im Bereich der Präventivmedizin (5). Es gibt mehrere Gründe, weshalb Ärzte das Thema «Rauchen und Rauchstopp» ungern ansprechen, unter anderem weil Rauchen noch von vielen als «Life style»-Option betrachtet und nicht als Tabakabhängigkeit diagnostiziert wird. Einige möchten auch nicht riskieren, das Arzt-Patienten-Verhältnis zu verschlechtern, falls es zu einem erfolglosen Rauchstoppversuch kommt.

Auf jeden Fall lohnt es sich, den Raucherstatus zu erheben (und zu dokumentieren), den Grad der Nikotinabhängigkeit zu ermitteln und das Stadium der Veränderungsbereitschaft im Hinblick auf einen möglichen Rauchstopp abzuschätzen (6). Die Nikotinabhängigkeit wird häufig mit dem Fagerström Test for Nicotine Dependence ermittelt (7). Ein vereinfachtes Verfahren ist, die Dauer zwischen dem Aufstehen und der ersten Zigarette zu erfragen beziehungsweise die Anzahl täglich gerauchter Zigaretten zu bestimmen (Tabelle 1). Dabei gilt, dass Rauchende, welche sehr bald nach dem Aufstehen ihre erste Zigarette rauchen, oder jene, die mehr als 30 Zigaretten täglich konsumieren, sehr schwer Nikotinabhängig sind. Der Grad der Nikotinabhängigkeit korreliert mit den zu erwartenden Entzugssymptomen und negativ mit den Erfolgchancen eines Aufhörversuches,

Tabelle 1:

Bestimmung der Nikotinabhängigkeit nach dem höchsten Kriterium

	mittel	stark	sehr stark
Anzahl Zigaretten/Tag	10–15	15–30	> 30
Zeit vom Aufstehen bis zur 1. Zigarette	> 30 Min.	5–30 Min.	≤ 5 Min.
Entzugssymptome	+	++	+++

sodass man diese Tatsache bei der Therapiewahl berücksichtigen muss (z.B. durch eine höher dosierte Nikotinersatztherapie) (8, 9).

Das Stadium der Veränderungsbereitschaft wird modifiziert nach dem transtheoretischen Modell von Prochaska und DiClemente in 5 Stadien eingeteilt, wobei angenommen wird, dass Rauchende diese Stadien durchlaufen und die Veränderungsbereitschaft dabei zunimmt (10). Die Stadien sind Sorglosigkeit (*precontemplation*), Bewusstwerden (*contemplation*), Vorbereitung (*preparation*), Handlung (*action*) und Aufrechterhaltung (*maintenance*). Dieses Modell erlaubt eine stadiengerechte spezifische Beratung, wobei zum Beispiel für das erste

Stadium (Sorglosigkeit) eine Kurzintervention zu empfehlen ist. Bei Patienten im Stadium Bewusstwerden oder Vorbereitung lohnt sich eine intensivere Beratung beziehungsweise wiederholte Gespräche (8, 9). Für die Kurzintervention wird seit Jahren die Durchführung der 5As empfohlen, welche für folgende Handlungen stehen: Abfragen des aktuellen Rauchstatus, Anraten des Rauchstopps, Abschätzung der Motivation zum Rauchstopp, Assistieren bei Rauchverzicht und Arrangieren der Folgekontakte. Diese 5As stammen aus dem Englischen (Ask

Die zwei Hauptkomponenten der evidenzbasierten Rauchstopp-Therapie sind der verhaltenstherapeutische Ansatz (Beratung bzw. Gespräche) und die pharmakologische Therapie.

about Tobacco use, Advise to quit, Assess willingness to make a quit attempt, Assist in a quit attempt, Arrange follow-up) (6).

Verhaltenstherapeutischer Ansatz

Die Beratung des Rauchenden sollte eine zentrale Rolle im therapeutischen Ansatz darstellen. Dabei ist bekannt, dass die Intensität der Intervention (Anzahl und Dauer der Therapiesitzungen) positiv mit dem Therapieergebnis korreliert (6). Beispielsweise führt die ärztliche Kurzintervention (*brief advice*) zu einer Einjahresabstinenz in 5 Prozent der Fälle (odds ratio = OR zirka 1,5 gegenüber der Kontrollgruppe ohne Intervention), während wiederholte längere ärztliche Rauchstopp-Beratungen zu einem Erfolg in 10 Prozent der Fälle führen. Konkrete Angaben, welche Inhalte in den Beratungsgesprächen behandelt werden, sind nur spärlich in den Guidelines anzutreffen, insbesondere weil dazu die Evidenz mangels entsprechender Untersuchungen fehlt. Im Allgemeinen werden Coping-Strategien empfohlen (4). Entsprechende Untersuchungen sind auch mit methodologischen Schwierigkeiten behaftet, sodass meist nur ganze Beratungskonzepte oder Programme zur Untersuchung gelangen (wiederholte Gruppentherapien vs. Einzelberatungen). So wurde beispielsweise die Anzahl der Therapiesitzungen in einer Metaanalyse verglichen, um die OR und die Abstinenzraten im Vergleich zu Patienten mit einer einzelnen Beratung und medikamentöser Therapie (OR 1) zu errechnen: Patienten mit 2 bis 5 Therapiesitzungen hatten eine OR von 1,4 (1,1–1,8) und eine Langzeitabstinenz von 28 Prozent, solche mit mehr als 8 Sitzungen eine von 1,7 (1,3–2,2) und eine Abstinenzrate von 32,5 Prozent bei einer gleichzeitigen Behandlung mit Medikamenten (6).

Für die Rauchstopp-Beratung gibt es noch keine überzeugende Evidenz, welche der verhaltenstherapeutischen

Methoden erfolgreicher ist. Angewendet werden kognitive Verhaltenstherapie, motivierende Gesprächsführung und entzugsorientierte Therapie (4). Grundsätzliche Prinzipien wie Festlegung eines Rauchstopp-Datums, Betonung eines kompletten Rauchstopps und wiederholte Therapiesitzungen nach dem Rauchstopp werden empfohlen. Allen neueren Guidelines gemeinsam ist der «multi-session support», wobei manche ein Minimum von 4 Therapiesitzungen fordern (4).

Pharmakologische Therapien

Die älteste pharmakologische Unterstützungsmöglichkeit ist die Nikotinersatztherapie (NET, Nicorette®, Nicotinell®). Nikotin ist die Komponente im Tabakrauch, welche abhängig macht. Andere im Tabakrauch enthaltene Substanzen verstärken diesen Effekt, zum Beispiel indem sie die Rauchmischung alkalisch machen. Es ist daher naheliegend, das Nikotin bei einem Aufhörwilligen zu ersetzen, damit vorübergehend die Entzugssymptome zu mildern und eine Verhaltensänderung dadurch zu begünstigen. In einem zweiten Schritt wird dann die NET-Dosis vermindert und schliesslich gestoppt (8, 9). Verschiedene Darreichungsformen sind in der Schweiz erhältlich: Pflaster, Kaugummi, Lutschtablette, Microtablette und Inhaler.

Der häufigste Fehler bei der NET-Therapie ist die ungenügende Dosierung. Daher werden grundsätzlich heute Kombinationsbehandlungen einer Monotherapie vorgezogen, da sie wirksamer sind (6). Dies schliesst die Anwendung von zwei verschiedenen NET-Darreichungsformen, ebenso wie die teilweise Kombination mit anderen Therapien (z.B. Bupropion) ein. Dabei wird von einem synergistischen Effekt ausgegangen (6). Die übliche Anwendungsdauer beträgt 8 bis 14 Wochen, ein noch längerer Zeitraum (>14 Wochen) ist in gewissen Situationen von Vorteil (Tabelle 2).

Bupropion (Zyban®) ist ein mildes Antidepressivum, welches via das dopaminerge und noradrenerge System wirkt (11). Der genaue Mechanismus ist nicht im Detail bekannt. Es wird angenommen, dass das dopaminerge System bei der Wirkung des Nikotins im ZNS einen positiven Verstärkermechanismus beim Belohnungsgefühl auslöst. Aus klinischen Studien ist bekannt, dass Bupropion den Schweregrad der Entzugssymptome mildert und das Verlangen nach der Zigarette vermindert. Ebenso ist die Gewichtszunahme im Vergleich zu Placebo signifikant reduziert. Die Einnahme beginnt in der Regel 1 Woche vor dem festgelegten Rauchstopp-Datum. In der zweiten Woche wird bei guter Verträglichkeit die Dosis von einer morgendlichen auf eine zweimal tägliche Einnahme gesteigert. Wichtige Kontraindikationen sind Epilepsie, Alkohol- und Benzodiazepin-Entzug und Schwangerschaft/Laktationsperiode. Die empfohlene Anwendungsdauer beträgt 3 Monate. Bupropion kann mit NET kombiniert werden. Häufige Nebenwirkungen sind dabei Mundtrockenheit, intensive (Alp-)Träume und Insomnie (8, 9).

Vareniclin (Champix®) ist seit wenigen Jahren in der Schweiz im Handel und wirkt über das nikotinerge Acetylcholin-System (12). Die Substanz ist ein partieller Agonist für den Rezeptor-Subtyp $\alpha 4\beta 2$. Dieser Rezeptor-Subtyp wird normalerweise vom Nikotin belegt und führt über eine Erhöhung der Dopaminfreisetzung im Nucleus accumbens zum Belohnungsgefühl, welches bei der Tabakabhängigkeit immer wieder angestrebt wird. Die andauernde Blockade des Rezeptors durch Vareniclin führt zu einer verminderten oder fehlenden Aktivierung dieses Rezeptor-Subtyps bei einem Anfluten von Nikotin, welches durch aktives Rauchen im Körper vorhanden ist. Dadurch wird das Belohnungsgefühl durch fortgesetztes Rauchen stark vermindert und der Rauchstopp-Prozess günstig beeinflusst. Insgesamt ist durch die Behandlung

Tabelle 2:

Metaanalyse der Wirksamkeit und 6-Monate-Abstinenzrate für verschiedene Medikamente im Vergleich zu Placebo (gekürzt nach 6)

Medikation	Errechnete OR (95%-Konfidenzintervall)	Errechnete Abstinenzrate in % (95%-Konfidenzintervall)
Placebo	1,0	13,8
Vareniclin (2 mg/Tag)	3,1 (2,5–3,8)	33,2 (28,9–37,8)
Hochdosis NET-Pflaster (> 25 mg)	2,3 (1,7–3,0)	26,5 (21,3–32,5)
Langzeit NET-Kaugummi (> 14 Wochen)	2,2 (1,5–3,2)	26,1 (19,7–33,6)
Vareniclin (1 mg/Tag)	2,1 (1,5–3,0)	25,4 (19,6–32,2)
NET-Inhaler	2,1 (1,5–2,9)	24,8 (19,1–31,6)
Bupropion SR	2,0 (1,8–2,2)	24,2 (22,2–26,4)
NET-Pflaster (6–14 Wochen)	1,9 (1,7–2,2)	23,4 (21,3–25,8)
NET-Kaugummi (6–14 Wochen)	1,5 (1,2–1,7)	19,0 (16,5–21,9)

mit Vareniclin das Nikotin-Entzugssyndrom vermindert, und die Erfolgchancen für eine andauernde Rauchabstinenz sind verdreifacht (4). Die Behandlungsdauer ist auf 3 Monate festgesetzt; eine Therapieverlängerung auf insgesamt 6 Monate ist jedoch mit einer signifikant höheren Abstinenzrate assoziiert. In den ersten 3 Tagen beträgt die Dosis einmal 0,5 mg, ab dem vierten Tag zweimal 0,5 mg und ab der zweiten Therapiewoche zweimal 1 mg Vareniclin täglich. Das Rauchstopp-Datum ist für die zweite Woche vorgesehen. Die häufigsten Nebenwirkungen sind Nausea und andere gastrointestinale Beschwerden (Blähungen, Verstopfung) sowie Schlafstörungen beziehungsweise vermehrtes Träumen.

Rauchstopp-Linien sind nachweislich effektiv, besonders wenn sie proaktiv vorgehen, also den Patienten zurückrufen und dadurch eine wiederholte Beratung ermöglichen. In der Regel wird als Ergänzung zum Beratungsgepräch auch eine Nikotinersatztherapie empfohlen.

Obwohl wiederholt in der Laienpresse von schweren Depressionen und von erhöhter Suizidalität berichtet wird, sind diese Ereignisse nach Datenerhebungen und Ansicht zahlreicher Experten extrem selten. Es gibt also keinen vertretbaren Grund, diese wirksame Vareniclin-Therapie dem Patienten vorzuenthalten. Da die Nikotinabstinenz als solche eine depressive Tendenz verstärken oder auslösen kann, ist eine gewisse Vorsicht bei vorbestehender schwerer depressiver Störung und Suizidalität dennoch geboten. Dies gilt für alle drei genannten medikamentösen Therapieoptionen (15). Es empfiehlt sich besonders bei den rezeptpflichtigen Medikamenten (Bupropion und Vareniclin), regelmässige Termine für Verlaufskontrollen zu vereinbaren, um die Verträglichkeit der Medikamente zu erfragen und gegebenenfalls Therapieanpassungen vorzunehmen. Solche Termine dienen auch der Beratung und der Erfolgskontrolle. Mittels eines kleinen Batteriebetriebenen Gerätes (CO-Monitor) kann die Menge des ausgeatmeten Kohlenmonoxids (CO) gemessen werden. Das CO wird beim Rauchen inhaliert und verdrängt in der Blutbahn das O₂ vom Hämoglobin. Bei einer Halbwertszeit von rund 5 Stunden kann relativ zuverlässig eine Rauchabstinenz innerhalb der letzten 24 Stunden verifiziert werden (Normalwert: HbCO < 2%). Viele Patienten empfinden die regelmässige ärztliche Kontrolle mit Dokumentation der Abnahme des CO als motivierend und begrüssen solche Messungen. Cotinine-Bestimmungen (meist im Urin oder Blut) sind eine aufwendigere Alternative (8, 9).

Einige Ärzte möchten selbst keine Rauchstopp-Beratung oder -behandlung bei ihren Patienten durchführen. In dieser Situation empfiehlt es sich, die Patienten an andere Spezialisten zu überweisen beziehungsweise eine Rauchstopp-Telefonlinie zu empfehlen. Die Rauchstopp-Linie in der Schweiz (0848-000 181) ist auch bereit, proaktiv vorzugehen, sofern dies vom Anrufer gewünscht wird (weitere Infos im Kasten am Ende des Beitrags).

Praktische Rauchstoppberatung

Die meisten Guidelines zum Thema Tabakabhängigkeit und Rauchstopp beschränken sich auf die Evidenz-basierten Erkenntnisse von vorwiegend randomisierten kontrollierten Studien von Medikamenten und anderen Interventionen. Eine Ausnahme stellen die Schweizer Guidelines dar, welche auch Empfehlungen für die tägliche Praxis beinhalten (8, 9). Da ein wichtiger Teil der Rauchstopp-Intervention darin besteht, den Patienten zu beraten beziehungsweise verhaltenstherapeutische Prozesse in Gang zu bringen, und dieser Therapieansatz aus methodologischen Gründen kaum untersucht ist, kommen konkrete Hinweise über die Art und den Inhalt dieser Therapieaspekte in Guidelines oft zu kurz. Dabei sind gerade diese Hinweise für den Praktiker besonders wichtig, da sie ihm im täglichen Umgang mit dem Patienten von Nutzen sind.

In diesem Sinn widerspiegelt der zweite Teil dieses Artikels den persönlichen Beratungsstil beziehungsweise Ansatz im eigenen therapeutischen Kontext (als Internist und Pneumologe) und erhebt daher keinerlei Anspruch auf Allgemeingültigkeit.

Tabelle 3:

Entzugssymptome (teils mit Angabe der ungefähren Dauer)

- ◆ Schwindel (1–2 Tage)
- ◆ Unstillbares Verlangen zu rauchen (jeweils < 5 Min. dauernd; Wochen bis Monate)
- ◆ Schlafstörungen (< 7 Tage)
- ◆ Husten (meist < 7 Tage)
- ◆ Konzentrationsprobleme (2 Wochen)
- ◆ Müdigkeit (2–4 Wochen)
- ◆ Verstopfung (3–4 Wochen)
- ◆ Hunger (einige Wochen)
- ◆ Gewichtszunahme
- ◆ Kopfschmerzen
- ◆ Reizbarkeit
- ◆ Depression

Die Kenntnis der Symptome des Nikotin-Entzugssyndroms (Tabelle 3) ermöglicht dem Arzt und Patienten, die Phänomene richtig einzustufen und entsprechende Massnahmen zu ergreifen. Dies könnte eine Erhöhung der NET-Dosis, eine verhaltenstherapeutische Technik oder eine symptomatische Behandlung beinhalten. Es lohnt sich, dem Patienten ein paar der Symptome im Voraus zu erwähnen, damit vorbeugend gewisse Massnahmen getroffen werden können. Schon das Wissen um einen vorübergehend vermehrten Husten kann helfen, dieses Phänomen besser einzustufen und zu akzeptieren. Bildhafte Erläuterungen fördern das Verständnis für die Vorgänge: «Wenn der Körper merkt, dass kein Dreck (Teer) mehr von oben her kommt (kein inhalierter Rauch), beginnen die Flimmerhärchen sich wieder zu bewegen und versuchen, den alten Dreck herauszuschaffen. Deshalb husten Sie mehr und haben Auswurf. Es ist ein Reinigungsversuch des Körpers, welcher zirka zwei Wochen dauert.» In der Praxis hat es sich bewährt, dass Patienten 3 Tätigkeiten als Ablenkung festlegen, welche sie routinemässig durchführen, wenn sie Lust auf eine Zigarette verspüren. Die Ablenkungen sollten im Alltag auch praktisch durchführbar sein; beispielsweise 1. ein Glas Wasser trinken, 2. ein zuckerfreies Lutschbonbon einnehmen, 3. eine körperliche Aktivität wie zum Beispiel Treppengehen. Eine Liste möglicher Ablenkungen ist in Tabelle 4 aufgeführt. Häufig ist nach Durchführung der 3 Aktivitäten das Verlangen nach der Zigarette verschwunden. Wenn es später wieder auftaucht, sollte erneut diese Routine durchgespielt werden. Manchmal verbleibt auch nach diesen Ablenkungen das Lustgefühl bestehen, und es wird doch zur Zigarette gegriffen. Schon die Reduk-

Tabelle 4:

Beispiele möglicher Tätigkeiten als Ablenkung bei Verlangen nach einer Zigarette

- ◆ Wasser trinken
- ◆ Karotten essen
- ◆ Kaugummi kauen
- ◆ Lutschtablette anwenden
- ◆ Süssholz kauen
- ◆ Kernobst essen (Kern lutschen)
- ◆ Treppengehen
- ◆ Kleinere Aufgaben erledigen (Kopieraufträge, Botengänge, etc.)
- ◆ Finger- oder Beinübungen
- ◆ Inhaler (Nikotinersatz) benützen
- ◆ 10-mal tief ein- und ausatmen
- ◆ 10-mal Faust machen, zuerst links, dann rechts (starke Muskelspannung!)

Tabelle 5:

Vorteile des Rauchstopps (und ungefährer Zeitpunkt)

- ◆ Blutdruck und Herzfrequenz verbessert (nach 20 min)
- ◆ Verbesserte Sauerstoffsättigung (nach 8 h)
- ◆ Kein Nikotin mehr im Körper (nach 24 h)
- ◆ Verbesserter Geruchs- und Geschmacksinn (nach 24 h)
- ◆ Kardiales Erkrankungsrisiko vermindert (nach 1 Jahr)
- ◆ Bronchuskarzinom-Risiko vermindert (nach 10 Jahren)
- ◆ Kardiovaskuläres Risiko praktisch wie beim Nie-Raucher (nach 15 Jahren)

tion der Anzahl täglich konsumierter Zigaretten kann aber als Zwischenerfolg für den Patienten gelten und ihm zeigen, dass er imstande ist, an seinem Verhalten etwas zu ändern. Bewährt hat sich auch die Empfehlung, die 3 Aktivitäten auf einen Zettel zu schreiben und am Kühlschrank und/oder Computer-Bildschirm aufzuhängen. Viele Raucher empfinden es als hilfreich, wenn sie sich vergegenwärtigen, welche gesundheitlichen Vorteile ein Rauchstopp schon nach relativ kurzer Zeit nach sich

Unter dem Einfluss von Entzugssymptomen ist die Frustrationstoleranz oft gemindert und ein Therapieabbruch imminant.

zieht und wie sie ihren eigenen Körper damit «belohnen» (Tabelle 5).

Im Rahmen des Rauchstopps kommt es durch die fehlende Nikotinwirkung oft zu einer *Obstipation*, welche für die Patienten belastend ist. Es lohnt sich, dieses Problem vorzeitig diätisch oder medikamentös anzugehen. Neben klassischen Laxativa setzen wir regelmässig frühzeitig Magnesium (als Brausetabletten oder Granulat) ein, welches auch einen gewissen laxativen Effekt aufweist.

Viele Raucher, besonders erwachsene Frauen, befürchten eine mögliche *Gewichtszunahme* beim Aufhörversuch. Zwar gibt es eine natürliche Tendenz zur Gewichtszunahme beim Rauchstopp (im Durchschnitt 3 bis 4 kg). Diese ist aber keineswegs bei allen Rauchern zu beobachten und kann meistens mit Diätberatung und einer intensiveren körperlichen Aktivität (ermöglicht durch die Verbesserung der Leistungsfähigkeit) im Rahmen gehalten werden. Es empfiehlt sich, vor dem Aufhörversuch diesen Aspekt der Entwöhnung offen mit dem Patienten zu besprechen (14).

Motivierende Gesprächsführung ist eine wichtige Methode, den Patienten dabei zu unterstützen, die eigene Motivation für den Rauchstopp zu entwickeln. Es ist empfehlenswert, diese Methode zu erlernen und in diesem Zusammenhang anzuwenden (15).

Praktische Hinweise zur medikamentösen Therapie und Nebenwirkungen

Gerade in der Rauchstopp-Beratung ist die Instruktion des Patienten bezüglich der korrekten Anwendung der Medikamente besonders wichtig, weil sonst die Verträglichkeit der Medikamente schlecht sein könnte und ein Therapieabbruch droht.

Um Nebenwirkungen auf Mundschleimhaut und Verdauungstrakt zu verhindern (Irritationen, Dyspepsie, Nausea, Schluckauf), sollten *Nikotin-Kaugummis* nur kurzzeitig gekaut (ca. 15 Sekunden) und immer wieder Kaupausen eingehalten werden. Dabei wird der Kaugummi zwischen der Wange und den Backenzähnen für mehrere Minuten «parkiert» (*Chew-and-park-Technik*). Dasselbe gilt auch für die Nikotinslutsch- und Microtablets. Die Lutschtabletts sind so aufgebaut, dass sie immer wieder einen pfeffrigen Geschmack entfalten und so den Anwender an die Lutschpausen erinnern.

Der *Nikotin-Inhaler* ist bei vielen Rauchern wenig bekannt. Er hat den Vorteil, dass bei der Anwendung die Hände beschäftigt sind und das Einatmen oder «Paffen» dem Rauchen sehr nahe kommt. Auch hier ist die korrekte Anwendung wichtig. Dem Patienten wird mit Vorteil gezeigt, wie er die beidseitig mit einer Alu-Folie bedeckte symmetrische Patrone einsetzt und unter etwas Kraftanwendung durch Zusammenbringen der beiden Inhaler-Teile die Folie perforiert wird. Dabei ist es wichtig, dass die beiden hervorstehenden Ränder in einer Linie zu liegen kommen. Nur so können die beiden Stücke vollständig ineinandergeschoben werden. Das anschliessende Verdrehen der beiden Teilstücke ermöglicht eine Blockierung in dieser Position (Kindersicherung; verhindert Öffnen des Inhalers). Die Inhaler-Patronen sollten ausser Reichweite von Kindern sicher aufbewahrt werden. Die Gase des Nikotin-Inhalers können ähnlich eingeatmet werden wie die einer Zigarette. Tiefe Inhalationen führen aber oft zu Husten, weshalb es sich lohnt, dem Patienten die «Paff-Technik» zu erläutern oder zu demonstrieren: Beim Paffen wird nur kurz das Mundstück von den Lippen umschlossen und ganz kurz inhaliert. Dabei wird die Luft lediglich in den Mund hineingezogen, dort, wo die Hauptresorption des Nikotins stattfindet. Wiederholte kurze Paff-Inhalationen können erfolgen, wobei jeweils die Lippen nur kurzzeitig das Mundstück umschliessen und dazwischen kurz geöffnet sind. Bei dieser Anwendungstechnik ist die Verträglichkeit verbessert.

Bei der *Einnahme von Bupropion* ist zu beachten, dass ab der zweiten Woche die zweite tägliche Tablette nicht zu spät eingenommen wird und dass zwischen den beiden Tabletteneinnahmen mindestens 8 Stunden liegen, zum Beispiel morgens um 8 Uhr und nachmittags um 16 Uhr. Dadurch können die Nebenwirkungen auf den Schlaf (Insomnie, lebhaftere, z.T. bedrohliche Träume) minimiert werden.

Bei der *Einnahme von Vareniclin* ist beim Schlucken der Tablette auf eine genügende Trinkmenge zu achten (2 Gläser Wasser). Die Einnahme erfolgt vorzugsweise unmittelbar nach dem Essen. Durch diese Massnahmen kann Übelkeit vermindert werden. Obwohl Nausea recht häufig auftritt, ist sie jeweils von recht kurzer Dauer (ca. 1 h). Die Intensität nimmt meist mit der Zeit ab, sodass viele Patienten nach 2 Wochen kaum noch darüber klagen. Für die Patienten ist es oft hilfreich zu wissen, dass die Übelkeit mit der Zeit abnimmt.

Im Beratungsgespräch können die verschiedenen Therapie-Optionen (Beratung plus verschiedene medikamentöse Unterstützungsmöglichkeiten) dem Patienten dargestellt werden, sodass gemeinsam eine *patientengerechte Therapiestrategie* gewählt werden kann. Nicht selten sagen Patienten, dass sie es «ohne Chemie» beziehungsweise ohne zusätzliches Medikament schaffen möchten. Es lohnt sich, den Patienten die Erfolgschancen in Abhängigkeit der Art der Intervention zu erläutern und darauf hinzuweisen, dass beim fortgesetzten Rauchen lauter «chemische Substanzen» mehrmals täglich zugeführt

Rauchen, Rauchstopp und die Schweizerische Herzstiftung

Ihr Patient möchte aufhören, es braucht aber zu viel Zeit? Verweisen Sie ihn an die Rauchstopplinie: 0848-000 181 (Telefonberatung zum Ortstarif)

Im Rahmen des Projekts Frei von Tabak – CardiovascSuisse bietet die Schweizerische Herzstiftung neben Ärztefortbildungskursen auch Ärzteunterlagen oder zahlreiche Präsentationen zum Thema an.

Kostenlose Patientenbroschüren:

- ◆ «Ziel Nichtraucher»: jedem der 6 Stadien entspricht eine Kurzbroschüre
- ◆ Neu erschienen: «Rauchfrei leben – besser leben»

Anfragen an: Schweizerische Herzstiftung, Tabakprävention (AK. Burkhalter), Schwarztörstrasse 18, Postfach 368, 3000 Bern 14; Telefon: 031-388 80-75 (Direkt) -80 (Zentrale)

Links für Fakten in Medizin und Politik:

www.at-schweiz.ch und www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041



werden! Viele Rauchende sind der Ansicht, dass es bei ihnen einfach im Kopf «Klick» machen muss, dann würden sie schon mit dem Rauchen aufhören. Bei dieser Äusserung werden zwei (weitverbreitete) Vorstellungen verbalisiert: einerseits, dass es sich beim Rauchstopp um eine reine Willenssache handele, und andererseits, dass der Rauchende eines Tages schon aufhören werde, wenn der richtige Zeitpunkt gekommen sei. Der erste Teilaspekt hat einen wahren Kern, indem eine gewisse Willensäusserung oder Eigenmotivation vonnöten ist, um den Rauchstopp-Prozess anzugehen. Aus diesem Grunde sagen wir auch den Patienten, die erfolgreich mit dem Rauchen aufgehört haben, dass es ihre *Eigenleistung* ist und sie entsprechend stolz sein können, den Rauchstopp geschafft zu haben. Die Medikamentenwirkung und die wiederholte Rauchstoppberatung klassieren wir in diesem Zusammenhang als unterstützende Massnahmen. Nicht selten erwidern Patienten dann, dass sie es ohne die wiederholten Gespräche kaum geschafft hätten. Der zweite Teilaspekt, die Vorstellung, dass man mit dem Rauchen schon einmal aufhören werde, wenn der richtige Zeitpunkt gekommen sei, trifft leider für die meisten Rauchenden nicht zu (50% der Raucher sterben vorzeitig, und eine beträchtliche Anzahl leiden zeitlebens an Rauch-assoziierten Krankheiten). Eine gewisse Aufklärung des Patienten über diese Tatsachen kann manchmal helfen, die Motivation für den Rauchstopp zu fördern. Nicht zuletzt geht es darum, einen wichtigen Risikofaktor für kardiovaskuläre Krankheiten und Krebserkrankungen konsequent anzugehen, analog zur Behandlung von Hypertonie, Adipositas und Dyslipidämie (alles Krankheiten, welche ebenfalls nicht nur medikamentöse Interventionen erfordern, sondern auch gewisse «Life style»-Veränderungen verlangen).

Als Alternative zu den oben erwähnten 5 As könnte in diesem Zusammenhang das ABC der *neuseeländischen Guidelines* angewendet werden. ABC steht für «Ask, Brief Advice and Cessation support», was übersetzt etwa Abfragen des aktuellen Rauchstatus, kurze Beratung für alle Rauchenden und eine intensivere längerdauernde («chronische») Rauchstopp-Unterstützung beziehungsweise Behandlung für entsprechend motivierte Rauchende bedeutet. Diese Guidelines verzichten bewusst auf eine differenzierte Berücksichtigung der Veränderungsbereitschaft des Patienten, da sie der Ansicht sind, dass alle Rauchenden zumindest jährlich eine Rauchstopp-Intervention erfahren sollten. Diesem Grundsatz liegt das Krankheitsbild zugrunde, welches die Tabakabhängigkeit als eine chronische, rezidivierende und oftmals zum Tode führende Krankheit versteht. ◆



Für die Autoren:
 Dr. med. Macé M. Schuurmans
 Oberarzt Pneumologie
 Universitätsspital Zürich
 Rämistrasse 100
 8091 Zürich

Interessenkonflikte: keine deklariert

Literatur:

1. Doll R., et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 328.7455 (2004): 1519.
2. Bjartveit, K. and A. Tverdal. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob. Control* 14.5 (2005): 315-320.
3. Mucha L., et al. Meta-analysis of disease risk associated with smoking, by gender and intensity of smoking. *Gend. Med* 3.4 (2006): 279-291.
4. Ministry of Health 2007. *New Zealand Smoking Cessation Guidelines*. Wellington: Ministry of Health. August 2007. ISBN 978-0-478-19169-1. www.moh.govt.nz
5. Zellweger JP. Rauchstopp: Rauchentwöhnung – was hilft wirklich? *SuchtMagazin*, 5/02; 3-8.
6. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
7. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addiction* 1991; 86: 1119-1127.
8. Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP. Tabakentwöhnung. Teil 1: Wie es geht und was es bringt. *Swiss Med Forum* 2004; 4: 764-770.
9. Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP. Tabakentwöhnung. Teil 2: Empfehlungen für die tägliche Praxis. *Swiss Med Forum* 2004; 4: 792-805.
10. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self-change in smoking: Towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-395.
11. Cornuz J. Smoking cessation interventions in clinical practice. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 34: 397-404.
12. Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: A first-line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther* 2009; 31: 463-491.
13. Glassman A. H., et al. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet* 2001; 357: 1929-1932.
14. Zellweger, J. P. and J. Cornuz. Arrêt du tabac et prise pondérale. *Médecine et Hygiène* 61.2452 (2003): 1861-1865.
15. Miller WR, Rollnick S. *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. 2. Auflage, Lambertus 2004.