



RAUCHERENTWÖHNUNG IN DER ALLGEMEINMEDIZINISCHEN PRAXIS

Konsensus-Statement unter
der Ägide von AM Plus



Initiative
für Allgemeinmedizin
und Gesundheit

Werte Kolleginnen und Kollegen!

Auch wenn die Zahlen in den vergangenen Jahren rückläufig waren, raucht nach wie vor etwa jeder 5. Österreicher (20,7 %) ab 16 Jahren täglich. Unter Männern ist der Anteil mit 23,7 % deutlich höher als bei Frauen mit 17,9 % (Statistik Austria, 2019). Schätzungen zufolge starben 2019 in Österreich mehr als 13.000 Menschen an den Folgen des Tabakrauchens oder Passivrauchens (GÖG, 2021). Das Zigarettenrauchen stellt damit eine der wichtigsten und vermeidbaren Ursachen für Krankheit und frühzeitigen Tod dar.

Das Anliegen dieses Konsensus-Statements ist es, dem Allgemeinmediziner eine zentrale Rolle in der Motivation zum Rauchstopp zuzuordnen. Schon ein kurzer Rat des Arztes erhöht die Bereitschaft zu einem Raucherentwöhnungsversuch signifikant. Dies ist ein praktikabler Leitfaden für eine Kurzintervention, wobei sich der Zeitaufwand für den Allgemeinmediziner auf wenige Minuten beschränkt. Die Beratung wird auf die Bereitschaft des Rauchers zur Entwöhnung abgestimmt, womit auch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Raucher weiter aufgebaut wird. Außerdem finden sich eine Übersicht zur Raucherentwöhnungstherapie sowie der zur Verfügung stehenden therapeutischen Optionen mit besonderem Augenmerk auf Nikotinersatzpräparate und Möglichkeiten der Harm Reduction.

Das vorliegende Konsensus-Statement wurde unter dem Vorsitz von Dr. Erwin Rebhandl in Zusammenarbeit mit Univ.-Doz. Dr. Ernest Groman vom Nikotin Institut Wien und Dr. Reinhold Glehr, Arzt für Allgemeinmedizin in Hartberg, verfasst.



Ihr Dr. Erwin Rebhandl

Arzt für Allgemeinmedizin in Haslach/Mühl
Modulbeauftragter für Allgemeinmedizin an der med. Fakultät der JKU Linz
Präsident von AM Plus

SCHLÜSSELROLLE DES ALLGEMEIN-MEDIZINERS: KURZER RAT BEGÜNSTIGT EINEN ENTWÖHNUNGSVERSUCH!

Tabakrauch zählt zu den gefährlichsten Substanzgemischen mit psychotropen Inhaltsstoffen. Bei regelmäßiger Inhalation von Tabakrauch werden große Mengen karzinogener, teratogener und atherogener Stoffe aufgenommen (S3-Leitlinie, 2021).

Die Ursachen für das Rauchen sind vielfältig. So fördern persönliche und aus dem Umfeld stammende Werthaltungen, im Zusammenhang mit dem Zigarettenrauchen entwickelte Verhaltensgewohnheiten, der Umgang mit der kognitiven Dissonanz und eine physische oder psychische Abhängigkeit den Einstieg bzw. erschweren den Ausstieg aus dem Tabakkonsum (S3-Leitlinie, 2021). Nikotinabhängigkeit ist eine Krankheit, die dem gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Verständnis entsprechend diagnostiziert und therapiert werden muss (Kunze & Groman, 2006).

EU-weite und globale Kampagnen gegen das Zigarettenrauchen tragen dazu bei, am Image des Rauchens als selbstverständlicher Teil eines selbstbestimmten und „coolen“ Erwachsenenlebens zu kratzen. Auch in Österreich wurden von öffentlicher Seite Schritte gesetzt, das Rauchen einzudämmen: So ist beispielsweise die österreichische Gastronomie seit November 2019 rauchfrei. Auch eine höhere Besteuerung und die infolgedessen steigenden Preise für Tabakwaren haben sich als probates Mittel erwiesen, um den Tabakkonsum zu reduzieren (Felsinger & Groman, 2022).

Der einzelne Raucher braucht einen vertrauenswürdigen, zuverlässigen Partner, um sich von seiner Abhängigkeit befreien zu können. Allgemeinmediziner verfügen in der Regel über einen guten und kontinuierlichen Patientenkontakt und nehmen damit eine zentrale Nahtstellenfunktion im Gesundheitssystem ein. Neun von zehn Österreichern haben einen festen Hausarzt, und der Großteil ist dort bereits seit mehreren Jahren in Betreuung (ÖGK, 2022). Der Einfluss, den Allgemeinmediziner auf das Rauchverhalten ihrer Patienten ausüben können, wird jedoch nach wie vor häufig unterschätzt. Kunze und Mitarbeiter haben bereits vor mehr als 20 Jahren gefordert, dass der Raucherberatung und Therapie der gleiche Stellenwert beigemessen werden müsse wie der Behandlung eines erhöhten Blutdrucks oder Cholesterinspiegels (Kunze et al., 1999). Die im Rahmen von Beratung und Therapie erbrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen sollen entsprechend von den Sozialversicherungsträgern refundiert werden (Kunze & Groman, 2006).

Grundsätzlich soll jeder Kontakt zwischen Patienten und Gesundheitssystem genutzt werden, um den Rauchstatus zu erfragen. Studienergebnisse zeigen, dass Screening-Systeme wie Vermerke in Patientenakten oder in der Patientenverwaltungs-Software die Interventionsrate deutlich verbessern können (S3-Leitlinie, 2021).

Rauchen ist eine Suchterkrankung

Abhängiges Zigarettenrauchen wird entsprechend der zehnten Auflage der International Classification of Diseases (ICD-10) als „Psychische Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen“ (F10-F19) klassifiziert. Die Diagnose „Abhängigkeits-syndrom“ durch Tabak (F17.2) kann gestellt werden, wenn die folgenden Kriterien zutreffen (ICD-Code, 2023):

- Starker Wunsch oder Zwang, Tabak zu konsumieren
- Eingeschränkte Kontrolle über Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- Entzugerscheinungen bei Reduktion oder Beendigung des Konsums sowie Konsum, um die Entzugerscheinungen zu mildern
- Toleranzentwicklung: Um eine gleichbleibende Wirkung zu erzielen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich
- Zunehmende Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen zugunsten des Konsums
- Anhaltender Konsum trotz des Nachweises von Folgeschäden

Das Lösen aus dieser Abhängigkeit mit der damit einhergehenden Entzugssymptomatik ist, wie bei allen Suchterkrankungen, ein langer Weg. Zu den häufigsten Entzugssymptomen zählen Irritierbarkeit, Frustration oder Ärger, Angst, Konzentrationsschwierigkeiten, gesteigerter Appetit, Ruhelosigkeit, depressive Stimmung und Schlaflosigkeit (S3-Leitlinie, 2021). In der klinischen Praxis zeigt sich, dass vor allem das bestehende ausgeprägte Rauchverlangen das am häufigsten beklagte Symptom der Patienten darstellt. Starkes Rauchverlangen (= Craving) ist ein wesentlicher Faktor für Rückfälle. Entzugssymptome und Craving sollten daher bei jedem Patientenkontakt erhoben und bewertet werden (S3-Leitlinie, 2021).

KURZINTERVENTION ALS ALLGEMEIN-ÄRZTLICHE ROUTINEMASSNAHME: „NUR DREI BIS FÜNF MINUTEN BERATUNG ERHÖHEN DIE MOTIVATION ZUM RAUCHSTOPP!“

Der Allgemeinmediziner hat die wichtige Rolle, den Patienten in der Erhaltung seiner Gesundheit zu unterstützen und ihm bei wichtigen Veränderungen, die für die Verbesserung seiner Gesundheit entscheidend sind, zu helfen.

Die verschiedenen Phasen bis zur tatsächlichen Verhaltensveränderung

Im Rahmen einer Befragung gaben 65 % der Raucher an, bereits mindestens einen ernsthaften Aufhörversuch unternommen zu haben, etwa die Hälfte davon innerhalb der vergangenen 2 Jahre. Die Erfolgsaussichten selbstinitiiertem Aufhörversuchen sind dabei insgesamt sehr gering: Lediglich 3 bis 7 % der Raucher bleiben nach eigenständig durchgeführten Rauchstoppversuchen über den Zeitraum eines

halben Jahres erfolgreich (S3-Leitlinie, 2021). Prochaska und Kollegen haben ein differenziertes, validiertes Modell entwickelt, das hilft, die verschiedenen Stadien im Prozess bis zu einer tatsächlichen Verhaltensänderung besser zu verstehen (Prochaska et al., 1992).

Das „**Stages of Change**“-Modell (Abbildung 1) zeigt eindrucksvoll, dass eine **Verhaltensänderung im Regelfall** schrittweise vonstatten geht:

Zu Beginn ist der Patient nicht interessiert und nicht willens, eine Veränderung vorzunehmen (**Präkontemplation**). Danach beginnt er über eine Veränderung nachzudenken, alle Vor- und Nachteile abzuwägen (**Kontemplation**), bis er nach entsprechender Vorbereitung auch tatsächlich diese Veränderung vornimmt und versucht, diese aufrechtzuerhalten (**Präparation, Aktion, Aufrechterhaltung**). **Rückfälle** sind Teil des Prozesses und werden als Entwicklungsschritt in Richtung erfolgreicher Veränderung gesehen.

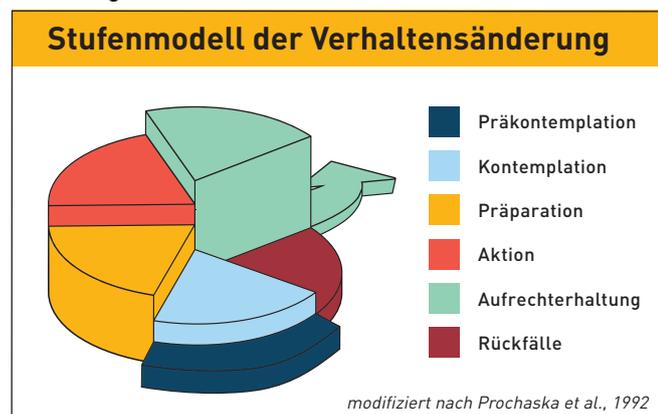
Spontane, dauerhafte Verhaltensänderungen hingegen sind die Ausnahme.

Viele Ärzte haben das Gefühl, dass Ratschläge kaum unmittelbare Erfolgserlebnisse bringen. Gerade die Phasen der Präkontemplation und Kontemplation stellen eine große Herausforderung für den Arzt dar. Es kommt vor, dass Raucher über Jahre hinweg im Stadium der Kontemplation „steckenbleiben“.

Der Rat des Arztes, das Rauchen aufzugeben, erhöht die Chancen für eine erfolgreiche Raucherentwöhnung (Stead et al., 2013).

Bereits eine Kurzintervention von 3 bis 5 Minuten kann dazu beitragen, die Entwöhnungsrate zu verbessern (WHO, 2014). Diese Zeit sollte sich der Allgemeinmediziner für seine rauchenden Patienten nehmen, um ihre Motivation zum Rauchstopp zu erhöhen.

Abbildung 1:



Realistisches Ziel einer Kurzintervention durch den Allgemeinmediziner:

- Evaluation der Bereitschaft des Patienten, das Rauchen aufzugeben
- Mit der Intervention einen Impuls zu geben, der einen Nachdenkprozess einleitet oder vorantreibt und die Motivation erhöht, bis der Patient selbst zu der Verhaltensänderung (= Rauchstopp) bereit ist

So genannte motivationale Interviewtechniken (Miller & Rollnick, 2002) haben sich als besonders zielführend erwiesen. Grundlegende Elemente dabei sind: Empathie zeigen, Diskrepanzen zwischen den eigenen Lebenszielen und dem aktuellen Konsum offenlegen, Zuversicht stärken sowie Widerstand aufnehmen (S3-Leitlinie, 2021). Ein konfrontativer Stil kann tendenziell Widerstand auslösen und gut gemeinte Argumente werden abgeblockt. Das Stellen von offenen Fragen oder Schlüsselfragen, Einfühlungsvermögen und aktives Zuhören regen eher zum Nachdenken an als der Versuch, mit allen Mitteln zu überzeugen. Die Frage nach persönlichen Gründen hilft dem Patienten, seine ganz individuelle Motivation für den Rauchstopp herauszufinden. Dem Allgemeinmediziner kommt die wichtige Rolle zu, die für den jeweiligen Patiententypen individuell passende Beratung zu wählen.

Der Inhalt der Kurzintervention hängt von der Bereitschaft des Rauchers zum Rauchstopp ab!

ZUSAMMENARBEIT SUCHEN

Das routinemäßige Erfassen der Rauchgewohnheiten des Patienten bei einem geeigneten Anlass und die Evaluation der Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören (mit entsprechender Kurzintervention), sollen fixe Bestandteile der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Allgemeinarztpraxis sein.

Die Raucherentwöhnungstherapie selbst ist ein komplexes und zeitintensives Aufgabengebiet. Besonders die Betreuung stark abhängiger Raucher und schwieriger Fälle ist in der Regel im täglichen Ablauf des Ordinationsbetriebes nicht möglich.

Allgemeinmediziner sollen sich ein entsprechendes Netzwerk mit anderen Allgemeinmediziner, Fachärzten, Spitälern, sonstigen Einrichtungen und Apotheken aufbauen, um regional eine Anlaufstelle für Raucherentwöhnung definieren zu können.

VON DER BERATUNG ZUM RAUCHER-ENTWÖHNUNGSSPEZIALISTEN

Für Ärzte, die spezielles Interesse haben, sich verstärkt in der Raucherentwöhnung zu engagieren, werden verschiedene Fortbildungsmöglichkeiten angeboten:

- Die Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP) veranstaltet immer wieder Seminare in diesem Bereich: www.ogp.at
- Das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention bietet ebenfalls eine Fortbildungsreihe für Ärzte zur Beratung und Entwöhnung bei Tabakabhängigkeit an: www.ifgp.at
- Die Medizinische Fortbildungsakademie Oberösterreich führt in ihrem Programm Basisseminare zur Tabakentwöhnung: www.medak.at
- Auch die Österreichische Gesundheitskasse informiert über regionale Raucherentwöhnungsangebote: www.gesundheitskasse.at
- Auf der Plattform ARGE Suchtvorbeugung sind ebenfalls Fortbildungsveranstaltungen und E-Learnings zu diesem Thema zu finden: www.suchtvorbeugung.net

SPEZIALEINRICHTUNGEN

Als Anlaufstellen für Nichtraucherprogramme in allen Bundesländern dienen die örtlichen Stellen der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK). Auch andere Krankenversicherungen wie die Sozialversicherung der Selbstständigen (SVS) oder die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) bieten Programme zur Raucherentwöhnung an.

Die österreichischen Sozialversicherungsträger, die Bundesländer und das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreiben zudem das Rauchfrei Telefon (0800/810 013), das unterstützend beim Rauchstopp zur Verfügung steht. Personen in Gesundheitsberufen können sowohl am Rauchstopp interessierte Personen als auch Exraucher über das Rauchfrei Ticket für eine telefonische Beratung anmelden. Die Gesundheitspsychologen des Rauchfrei Telefons nehmen daraufhin zeitnah Kontakt zu der angemeldeten Person auf. Auf der dazugehörigen Webseite (www.rauchfrei.at) findet sich umfangreiches Informationsmaterial rund um das Thema Rauchen bis hin zum erfolgreichen Rauchstopp.

An Lungenabteilungen in verschiedenen Krankenhäusern, Diabetesambulanzen, HNO-Abteilungen, kardiologischen Abteilungen sowie bei einigen niedergelassenen Fachärzten, z. B. Pulmologen und Internisten, und einzelnen Allgemeinmedizinern werden Raucherentwöhnungstherapien durchgeführt.

Daneben kümmern sich folgende spezialisierte Zentren um entwöhnungswillige Raucher:

- Nikotin Institut Wien (NIVIE): www.nikotininstitut.at
- Anton Proksch Institut: www.api.or.at

RAUCHERENTWÖHNUNG IN DER ALLGEMEINMEDIZINISCHEN PRAXIS

Schritt 1: ERFRAGEN DES RAUCHVERHALTENS

Günstige Anlässe, um den Patienten auf sein Rauchverhalten anzusprechen, sind bei einem Erstgespräch oder im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung. Auch akute Erkrankungen, eventuell sogar durch das Rauchen verursacht, bieten eine gute Gelegenheit. Patienten mit erhöhtem Risiko, Schwangere und Eltern von Kleinkindern sollten auf alle Fälle nach ihren Rauchgewohnheiten gefragt werden.

Schritt 2: DOKUMENTATION DES RAUCHVERHALTENS

Der aktuelle Status (Raucher, Exraucher oder Nichtraucher) wird in der Patientenakte vermerkt.

Schritt 3: ERFRAGEN DER BEREITSCHAFT, MIT DEM RAUCHEN AUFZUHÖREN (KURZINTERVENTION)

In Form der Kurzintervention wird die Bereitschaft des Patienten, das Rauchen aufzugeben, evaluiert. Man sollte aber vermeiden, den Patienten zu bedrängen. **(Siehe Punkt „Kurzintervention als allgemeinärztliche Routinemaßnahme“.)**

Schritt 4: KURZBERATUNG

Das Rauchen in einer ärztlichen Kurzberatung anzusprechen hat sich gegenüber einer Kontrollgruppe ohne Beratung als signifikant wirksamer erwiesen. Zur inhaltlichen Gestaltung der Kurzberatung werden z. B. die 5-A-Methode oder die ABC-Methode empfohlen (S3-Leitlinie, 2021; Lichtenschopf, 2010).

Die **5-A-Methode** besteht aus folgenden Schritten (S3-Leitlinie, 2021):

1. Abfragen des Rauchstatus („ask“): alle Patienten zum Rauchen befragen und den Rauchstatus dokumentieren
2. Anraten des Rauchverzichts („advise“): individuelle und motivierende Empfehlung zum Rauchstopp geben
3. Ansprechen der Aufhörmotivation („assess“): erfassen, ob der Raucher bereit ist, sein Rauchverhalten zu ändern
4. Assistieren beim Rauchverzicht („assist“): Raucher, die aufhören wollen, qualifiziert unterstützen oder an ein anerkanntes Entwöhnungsangebot weiterleiten
5. Arrangieren von Folgekontakten („arrange“)

Die **ABC-Methode** umfasst lediglich drei Schritte (S3-Leitlinie, 2021):

1. Ask: Abfragen und Dokumentation des Rauchstatus
2. Brief advice: Individuelle und motivierende Empfehlung zum Rauchstopp
3. Cessation support: Qualifizierte Unterstützung beim Aufhörwunsch oder Weiterleitung an ein anerkanntes Entwöhnungsangebot (z. B. Telefonberatung)

Zusätzlich zur üblichen Anamnese sollte der **Fagerström-Test** (siehe Anhang) durchgeführt werden, um den Grad der Abhängigkeit vom Nikotin zu bestimmen. Dieser Test erwies sich bei aufhörwilligen Rauchern als wichtige Abstinenz-Prädiktorvariable und kann rasch und ohne großen Aufwand vom Patienten alleine ausgefüllt werden (S3-Leitlinie, 2021).

Die biochemische Validierung des Tabakkonsums bzw. einer Abstinenz durch das **Messen des Kohlenmonoxidgehalts** in der Ausatemluft kann ebenfalls sehr hilfreich sein (S3-Leitlinie, 2021). Die Anschaffung eines solchen Gerätes ist empfehlenswert, die Messung erfolgt unkompliziert und sehr rasch und muss nicht zwingend vom Arzt durchgeführt werden. Der Vorteil der Kohlenmonoxidmessung besteht darin, dass der Patient neben dem Grad der Abhängigkeit einen weiteren spezifischen Wert erfährt, der ähnlich den Blutdruck- oder Cholesterinwerten direkt beeinflussbar ist.

Die Auswertung des Fagerström-Tests sowie den Kohlenmonoxidwert gibt man dem Patienten idealerweise auf seinem persönlichen Befundblatt in die Hand (Muster im Anhang).

Darüber hinaus kann die Erhebung weiterer Befunde sinnvoll sein: So hat z. B. das Institut für Sozialmedizin den „Wiener Standard Raucher-Inventar“ (WSR) entwickelt, der als Grundlage für eine umfassende Erstdiagnostik bzw. Begleitdiagnostik in Zusammenhang mit der Raucherentwöhnung dient (Schoberberger et al., 1998; Groman & Tröstl, 2014).

Schritt 5: ERSTELLEN EINES THERAPIEPLANES

Das individuelle Rauchverhalten beachten

Abhängig von der individuellen Bereitschaft, das Zigarettenrauchen zu beenden, können unterschiedliche Ziele verfolgt werden: Ist der Raucher bereit, sein Rauchverhalten zu verändern, aber noch nicht bereit bzw. in der Lage, das Rauchen komplett einzustellen, wird eine vollständige Substitution des Zigarettenkonsums durch nikotinhaltige rauchfreie Produkte im Sinne einer längerfristigen „Harm Reduction“ angestrebt. Eine erfolgreiche Reduktion des Zigarettenrauchens kann zudem die Bereitschaft für einen kompletten Rauchstopp erhöhen. Bei Rauchern, die das Rauchen von

vorherein gänzlich einstellen möchten, ist die vollständige Entwöhnung – gegebenenfalls nach einer Übergangszeit mit Nikotinersatzpräparaten – das Ziel (S3-Leitlinie, 2021).

Um den Raucher besser in der Raucherentwöhnung zu unterstützen, ist es zudem empfehlenswert, das individuelle Raucherverhalten zu erfragen.

Eine grobe Einteilung in Spiegel- und Spitzenraucher kann helfen, eine gezielte Therapieentscheidung zu treffen. Unter einem **Spiegelraucher** versteht man einen nikotinabhängigen regelmäßigen Raucher, der seinen Nikotinspiegel durch konstantes gleichmäßiges Zigarettenrauchen auf einem gewissen Level hält. Der **Spitzenraucher** verstärkt seinen Tabakkonsum in bestimmten Situationen (in Gesellschaft, unter Stress etc.). In der klinischen Praxis sind jedoch häufig Mischtypen anzutreffen. Wichtig ist es, die auslösenden Situationen für das Zigarettenrauchen bewusst zu machen.

Eine bewährte Methode ist das Führen eines **Raucherprotokolls**, in dem Zeit, Ort und vor allem Anlass zum Zigarettenkonsum, aufgezeichnet über einen bestimmten Zeitraum, eingetragen werden.

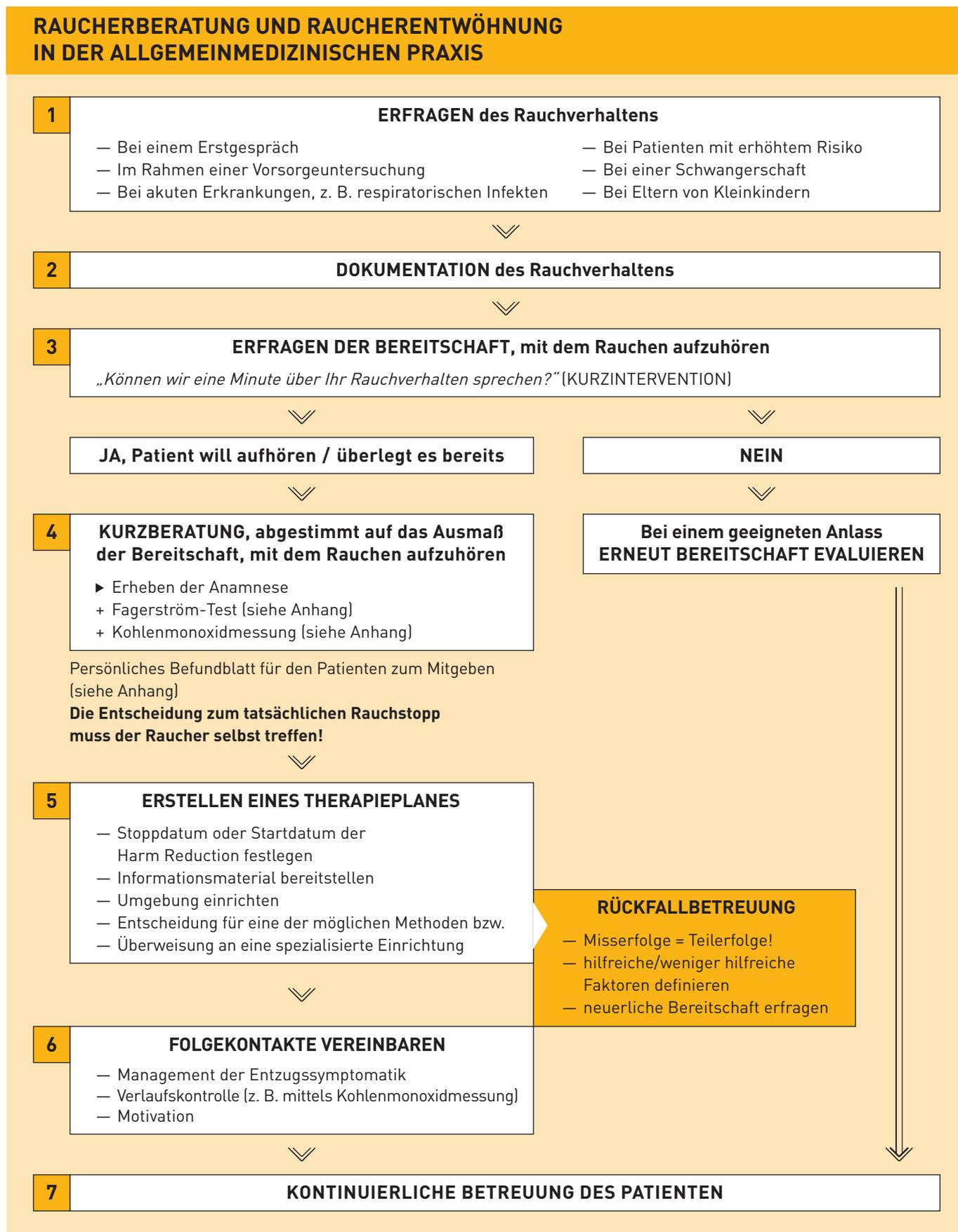
Auch **geschlechtsspezifische Unterschiede** dürfen nicht außer Acht gelassen werden. So sollte beispielsweise Frauen in der peri- und postmenopausalen Lebensphase zur Erreichung des Rauchstopps eine Beratung zu Ängsten in Bezug auf Gewichtszunahme, Gewichtskontrolle und Stimmungsschwankungen angeboten werden (S3-Leitlinie, 2021).

Ein Symptom, das auf eine sehr hohe Nikotinabhängigkeit hinweist, ist das so genannte **Nocturnal Sleep Disturbing Nicotine Craving (NSDNC)**. Dies beschreibt das nächtliche Aufwachen aufgrund eines großen Verlangens nach einer Zigarette. Erst nach dem Rauchen von einer oder mehreren Zigaretten ist das Weiterschlafen möglich (Rieder et al., 2001; Riemerth et al., 2009).

Gemeinsam mit dem Patienten legt man nun das **Stoppdatum für das Zigarettenrauchen** bzw. das Datum für den Beginn der **Harm Reduction** fest. Man stellt Informationsmaterial zur Verfügung und weist den Patienten darauf hin, seine **Umgebung entsprechend vorzubereiten**: Aschenbecher und sonstige Rauchtensilien wegräumen, Familie, Freunde und Arbeitskollegen informieren und eventuell um Unterstützung bitten usw.

Unterstützend bei der effektiven Raucherentwöhnung können eine individuelle Beratung und Motivation, eine Verhaltenstherapie, eine Nikotinersatztherapie oder die Anwendung von E-Zigaretten, Tabakerhitzern oder Nikotinbeutel zur Harm Reduction bzw. Entwöhnung sowie eine medikamentöse Rückfallprophylaxe sein.

Abbildung 2:



Eine **Beratung** sollte in regelmäßigen Abständen erfolgen. Diese kann einzeln oder auch in Gruppen durchgeführt werden. Für manche angehende Exraucher bietet der Kontakt in einer Gruppe zusätzliche Motivation. Zur Erreichung der Tabakabstinenz sollten **verhaltenstherapeutische Maßnahmen** angeboten werden (S3-Leitlinie, 2021). Sie dienen dazu, neue Strategien zur Bewältigung von Stress, Entzugssymptomatik sowie einem starken Rauchverlangen und Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe zu entwickeln. Auslösende Situationen für den Tabakkonsum sollen erkannt und „verlernt“ werden.

HARM REDUCTION

Bereits 1998 untersuchten Kunze und Kollegen die möglichen Vorteile eines Umstieges von herkömmlichen Zigaretten auf nikotinabgebende Alternativen ohne die im Zigarettenrauch enthaltenen schädlichen Substanzen (Kunze et al., 1998). Unter dem Aspekt der unterschiedlich stark schädigenden Wirkungen von Tabak- und Nikotinprodukten sollten Möglichkeiten eines Wechsels zu Nikotinprodukten, die in geringerem Maße gesundheitsschädlich sind, geschaffen werden (DKFZ, 2021). Dieses von Abrams et al., [2018] weiterentwickelte Konzept eines Schadstoffkontinuums geht davon aus, dass nicht alle nikotinhaltigen Produkte gleich schädlich sind, sondern von geringer Schädlichkeit (z.B. Nikotinpflaster) bis zu hoher Schädlichkeit (z. B. Zigarette) reichen. Nach diesem Konzept der Schadensminimierung könnte der Wechsel von Zigaretten zu einem als weniger schädlich angesehenen Produkt das gesundheitliche Risiko für rauchende Personen reduzieren (Deutsches Bundesinstitut für Risikobewertung, 2022).

Bei einer Reduktion des Tabakkonsums können unterschiedliche Strategien unterstützend angewandt werden. Dazu gehören pharmakologische Darreichungsformen von Nikotin im Sinne einer Nikotinersatztherapie sowie Produkte, die auf das Verbrennen von Tabak verzichten, wie elektronische Zigaretten und Tabakerhitzer (S3-Leitlinie, 2021), als auch Varianten nicht brennbarer Nikotinzuliefersysteme wie Nikotinbeutel (Groman & Tröstl, 2014; Groman & Tröstl, 2020). Der Einsatz von Interventionen zur Tabakkonsumreduktion kann bei Personen, die ihr Rauchverhalten zwar ändern wollen, jedoch zum kompletten Rauchstopp nicht bereit oder in der Lage sind, empfohlen werden (S3-Leitlinie, 2021). Selbst Raucher, die nicht aufhören wollen, weisen nach einer erfolgreichen Reduktion eine signifikant höhere Rauchstoppquote auf. Für manche kann somit die Reduktion ein Schritt in der Entwicklung einer Tabakabstinenz sein (Hughes & Carpenter, 2006). Ebenso kann eine psychosoziale Unterstützung für die erfolgreiche Harm Reduction hilfreich sein (S3-Leitlinie, 2021).

E-Zigaretten bestehen aus einer Stromquelle, einem elektrischen Vernebler und einer Kartusche oder einem Tank. In der Kartusche oder dem Tank wird eine Flüssigkeit (Liquid) erhitzt

und zu einem Aerosol vernebelt, das inhaliert werden kann. Dabei handelt es sich um eine heterogene Produktgruppe mit der Gemeinsamkeit, dass diese tabaklos ist und dass ihr Funktionsprinzip auf Erhitzung und Verdampfung von nikotinhaltigen oder nikotinfreien Flüssigkeiten unterschiedlicher Rezepturen beruht. Die Nikotinkonzentration ist variabel und die Rezepturen der Liquids variieren sowohl zwischen den Produkten als auch innerhalb der angebotenen Produktserien erheblich (S3-Leitlinie, 2021).

Der vollständige Umstieg vom Zigarettenrauchen auf E-Zigaretten-Konsum führt, gemessen auf Basis von Expositions-Biomarkern, zu einer Absenkung der Exposition mit den Hauptschadstoffen des Tabakrauchs, was in der Folge wahrscheinlich mit verringerten Gesundheitsrisiken einhergeht (S3-Leitlinie, 2021). Als häufige Nebenwirkungen des E-Zigaretten-Konsums wurden Irritationen von Hals und Mund berichtet (Hajek et al., 2019). Im Gegensatz zum vollständigen Umstieg auf E-Zigaretten gibt es für den „Dual Use“ derzeit keine belastbaren Hinweise auf eine Schadensminderung (S3-Leitlinie, 2021). Viele Raucher bevorzugen jedoch aufgrund ihrer Bedenken vor einem vollständigen Umstieg auf E-Zigaretten oder als Einstieg in die Zigarettenabstinenz zumindest für eine Zeitlang den dualen Konsum.

Die Risiken für die Atemwege und das Herz-Kreislauf-System werden beim E-Zigaretten-Konsum als geringer eingeschätzt als beim Rauchen (Benowitz & Fraiman, 2017; Shields et al., 2017; NASEM, 2018). Da die Menge an krebserzeugenden Substanzen im Aerosol bei sachgemäßem Gebrauch gering ist, wird von einem niedrigen kanzerogenen Potenzial der E-Zigaretten ausgegangen (NASEM, 2018; Stephens, 2018). Auf Basis der bisherigen Studienlage wird angenommen, dass E-Zigaretten zwar nicht risikofrei, aber ihre langfristigen Auswirkungen sehr wahrscheinlich deutlich geringer sind als die des Tabakrauchens (NASEM, 2018). Zudem liegen einige Hinweise darauf vor, dass E-Zigaretten das Rauchverlangen und tabakbedingte Entzugssymptome reduzieren können (S3-Leitlinie, 2021).

Die Ergebnisse eines Cochrane Reviews zeigten, dass E-Zigaretten mit Nikotin bei der Reduktion des Zigarettenkonsums nikotinfreien Zigaretten sowie Nikotinplastern überlegen waren (McRobbie et al., 2014). Zudem waren nikotinhaltige E-Zigaretten mit signifikant niedrigeren Kohlenmonoxid- und Abhängigkeitswerten assoziiert (Lucchiari et al., 2020).

Die Fachgesellschaft „Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin“ (DGS e.V.) ist der Auffassung, dass die E-Zigarette auf Basis der Datenlage zur Unterstützung der Tabakabstinenz berücksichtigt werden sollte, und zwar unter Beachtung von und nach Aufklärung über mögliche Risiken, wenn andere evidenzbasierte Maßnahmen zur Erreichung einer Tabakabstinenz für Raucher nicht infrage kommen (S3-Leitlinie, 2021). Gemäß der aktuellen Leitlinie sollten E-Zigaretten aufgrund der inkonsistenten Datenlage nicht zur Reduktion des Zigarettenkonsums angewandt werden (S3-Leitlinie, 2021), auch wenn die Erfahrungen in der klinischen Praxis andere sein können.

Tabakerhitzer sind elektronische Geräte, in denen Tabakstifte aus stark verarbeitetem und mit Feuchthaltemitteln wie Glycerin und weiteren Zusatzstoffen versetztem Tabak auf 250 bis 350 Grad erhitzt werden. Dabei entsteht ein Aerosol, das durch ein Filtersystem geleitet und inhaliert wird (S3-Leitlinie, 2021). Ergebnisse einer systematischen Literaturanalyse von 31 Studien zeigen, dass Tabakerhitzer im Vergleich zu Zigaretten bis zu 83 % des Nikotins lieferten, der Gehalt an schädlichen und potenziell schädlichen Stoffen sowie die Partikelmenge jedoch deutlich reduziert waren. Der Tabakerhitzer-Konsum unterdrückte zudem den Drang zum Rauchen (Simonavicius et al., 2019). Nach Einschätzung des Deutschen Bundesinstituts für Risikobewertung könnte bei einem Umstieg von herkömmlichen Zigaretten auf Tabakerhitzer aufgrund der deutlich reduzierten Schadstofffreisetzung eine Verminderung der gesundheitlichen Risiken zu erwarten sein, sofern auf den Konsum anderer Tabakprodukte gänzlich verzichtet wird. Eine Abschätzung und Bewertung der verbleibenden Risiken für tabakbedingte Erkrankungen sind aufgrund der vorhandenen Datenlage nicht möglich (S3-Leitlinie, 2021).

Nikotinbeutel werden zumeist zwischen Oberlippe und Zahnfleisch geschoben, von wo das enthaltene Nikotin über die Mundschleimhaut aufgenommen wird. Nikotinbeutel sind in unterschiedlichen Dosierungen erhältlich und haben verglichen mit herkömmlichen Zigaretten weniger Inhaltsstoffe. Nach derzeitigem Stand der Wissenschaft ist davon auszugehen, dass das Risiko für tabakassoziierte Erkrankungen dadurch um ca. 90 % gesenkt werden kann (Groman & Tröstl, 2020). Zahlen aus Schweden, wo sich der Großteil der Nikotinkonsumenten mit alternativen Quellen versorgt, zeigen, dass die tabakassoziierten Todesfälle im Vergleich zu anderen EU-Ländern deutlich niedriger sind, was auf einen alternativen Nikotinkonsum zurückzuführen sein könnte (Bernhard & Kunze, 2019; Ramström & Wikmans, 2014). Nikotinbeutel sind tabaklos und derzeit in der EU nicht gesetzlich geregelt, da sie nicht unter die Tabakprodukte-Richtlinie fallen (Richtlinie 2014/40/EU).

Eine Harm Reduction kann den Einstieg in eine Tabakabstinenz unterstützen. Dafür stehen eine Reihe von Produkten mit geringerem Schadstoffgehalt zur Verfügung.

Tabelle 1:

HARM REDUCTION	
<p>E-Zigarette (DKFZ, 2022; BMSGPK, 2023)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Verdampfungsmechanismus von E-Zigaretten wird durch Saugen am Mundstück oder durch Betätigen eines Schalters aktiviert, wodurch eine Flüssigkeit aus Propylenglykol und/oder Glycerin, Aromen und häufig Nikotin unter Wärmeeinwirkung zu einem Aerosol vernebelt wird, das inhaliert wird – Nikotinhaltige E-Zigaretten geben das Nikotin ähnlich effektiv ab wie Tabakzigaretten, es wird daher davon ausgegangen, dass sie über ein ähnliches Abhängigkeitspotenzial verfügen – Eine E-Zigarette darf max. 20 mg/ml Nikotin enthalten – Verwendet werden dürfen – außer Nikotin bei nikotinhaltigen Flüssigkeiten – nur Inhaltsstoffe, die weder in erhitzter noch nicht erhitzter Form ein Risiko für die menschliche Gesundheit darstellen 	<p>Tabakerhitzer (rauchfrei.at)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Das im Tabakerhitzer entstehende Aerosol kühlt in einem Filter ab und wird ähnlich einer Zigarette über einen weiteren Filter inhaliert – Tabakerhitzer enthalten eine ähnliche Menge an Nikotin wie Zigaretten, es wird daher angenommen, dass sie ähnlich stark abhängig machen
	<p>Nikotinbeutel, Kau- und Schnupftabak (rauchfrei.at)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Nikotinbeutel enthalten keinen Tabak und werden zwischen Zähne und Oberlippe geschoben. Nikotinbeutel sind in verschiedenen Geschmacksrichtungen erhältlich – Kautabak und Schnupftabak werden in unterschiedlichen Formen angeboten – Bei all diesen Anwendungsformen werden die Inhaltsstoffe über die Schleimhäute aufgenommen

ENTWÖHNUNG

Primäres Ziel bei der Raucherentwöhnung sollte die vollkommene Abstinenz von Zigaretten sein. Dafür stehen die Methoden der **Nikotinersatztherapie** zur Verfügung. Bei der Auswahl des jeweiligen Präparats sind die Bedürfnisse des Patienten entscheidend. In der Nikotinersatztherapie soll die Dosis des jeweiligen Präparats in Abhängigkeit vom Bedarf des Rauchers gewählt werden. Die Nikotinersatztherapie sollte über einen Zeitraum von 8 bis 12 Wochen durchgeführt und allmählich reduziert werden. Bei gutem Behandlungserfolg, aber fortgesetzter Rückfallgefahr kann die Dauer der Anwendung bei allen zugelassenen Produkten verlängert werden. Ist die Wirksamkeit einer Monotherapie unzureichend, soll eine 2-fach-Kombination von Pflaster und Kaugummi, Lutsch-

tablette, Spray oder Inhaler angeboten werden (S3-Leitlinie, 2021). Mit dem Einsatz der richtigen Nikotinersatztherapie kann die Erfolgsrate nahezu verdoppelt werden (Lindson-Hawley et al., 2016).

Neben der Behandlung mit einer Nikotinersatztherapie sollte auch eine psychosoziale Unterstützung in der Entwöhnung angeboten werden (S3-Leitlinie, 2021).

MEDIKAMENTÖSE

RÜCKFALLPROPHYLAXE

Für die medikamentöse Rückfallprophylaxe kommen Nikotinersatztherapie, Bupropion und Vareniclin infrage. Auch hier sind Kombinationen von Nikotinersatztherapie und entweder

Tabelle 2:

NIKOTINERSATZTHERAPIE

Inhalator

(DKFZ, 2022)

- Wirkungseintritt: ca. 15 bis 30 Minuten
- Anwendung: wie beim Rauchen einer Zigarette wird Nikotin über das Mundstück aus der Patrone des Inhalators angesaugt
- Dosierung: abhängig vom Rauchverlangen, anfangs maximal 16 Patronen pro Tag, nach 8 Wochen sollte die Anzahl der Patronen innerhalb von 2 Wochen um die Hälfte reduziert werden
- Speziell für: Raucher, die etwas in der Hand haben wollen. Ersatz der rauchspezifischen Handlungen und Bewegungen (ÖGAM, 2005)

Kaugummi

(DKFZ, 2022)

- Wirkungseintritt: ca. 15 bis 30 Minuten
- Anwendung: langsam und vorsichtig kauen, bis die Wirkung des Nikotins spürbar wird, bei Eintreten einer intensiven Geschmacksempfindung in der Wangentasche „parken“ und erst weiterkauen, wenn der intensive Geschmack verschwunden ist
- Dosierung: abhängig vom Rauchverlangen, anfangs bis zu 16 Stück pro Tag, die nach 6 bis 8 Wochen allmählich reduziert werden sollten
- Speziell für: Kaugummikauer, jüngere Raucher, liefert auch eine motorische Ersatzbeschäftigung (ÖGAM, 2005)

Pflaster

(DKFZ, 2022)

- Wirkungseintritt: frühestens innerhalb von 30 bis 60 Minuten

- Anwendung: auf eine trockene Hautstelle kleben (am besten Oberarm/Schulter/Hüfte), Stellen wechseln
- Dosierung: 1 Stück/Tag, nach 4 bis 6 Wochen soll die Dosisstärke reduziert werden
- Speziell für: Raucher, die gleichmäßig über den Tag, zum Beispiel alle 20 Minuten, rauchen, in Kombination mit anderen Nikotinersatzprodukten, bei Ablehnen der oralen Therapie (ÖGAM, 2005)

Lutschtablette

(DKFZ, 2022)

- Wirkungseintritt: ca. 15 bis 30 Minuten
- Anwendung: unter die Zunge legen und zergehen lassen
- Dosierung: abhängig vom Rauchverlangen, anfangs bis zu 15 Stück pro Tag, nach 6 bis 8 Wochen sollte die Dosis schrittweise reduziert werden
- Speziell für: Zahnersatzträger, eingeschränkten Zahnstatus, Menschen, die Kaugummi ablehnen, die diskreteste Form der Substitution (ÖGAM, 2005)

Mundspray

(Fachinformation Nicorette® MintSpray, 2021)

- rezeptfrei, apothekenpflichtig
- Wirkungseintritt: innerhalb weniger Minuten
- Anwendung: 1 bis 2 Sprühstöße
- Dosierung: abhängig vom Rauchverlangen, anfangs bis zu 64 Sprühstöße pro Tag
- Speziell für: starke Raucher, Spitzenraucher Initialverwendung eventuell in Anwesenheit des Arztes (auch mit suggestiver Komponente einsetzbar)

Bupropion oder Vareniclin möglich (S3-Leitlinie, 2021).

Bupropion ist ein Wirkstoff aus der Gruppe der Antidepressiva und kann auch zur Nikotinentwöhnung eingesetzt werden. Er ist seit dem Jahr 2000 als verschreibungspflichtige Option zur Hilfe bei der Raucherentwöhnung nikotinabhängiger Patienten in Verbindung mit unterstützenden, motivierenden Maßnahmen zugelassen. Bupropion hemmt selektiv die neuronale Wiederaufnahme von Noradrenalin und Dopamin mit nur minimaler Wirkung auf die Wiederaufnahme von Serotonin. Bei der Verordnung von Bupropion ist eine Reihe von Kontraindikationen und Warnhinweisen zu beachten (Gelbe Liste, 2019).

Vareniclin ist seit 2006 ebenfalls als verschreibungspflichtiges Arzneimittel zugelassen für die Raucherentwöhnung bei Erwachsenen. Die Wirksamkeit bei der Raucherentwöhnung beruht auf der Wirkung von Vareniclin als partiellem Agonisten am $\alpha 4\beta 2$ -Nikotinrezeptor. Diese Bindung kann die Symptome des Rauchverlangens und des Entzugs lindern. Gleichzeitig kommt es durch die Blockade der Bindung von Nikotin an $\alpha 4\beta 2$ -Rezeptoren zu einer Reduktion des Belohnungs- und Verstärkungseffekts beim Rauchen (Fachinformation Champix®, 2020).

Als **weitere unterstützende Methoden** seien hier noch psychologische Behandlungsansätze, Hypnose und Akupunktur erwähnt.

Schritt 6: FOLGEKONTAKTE VEREINBAREN

Idealerweise vereinbart man in der Woche nach dem Stoppdatum bzw. dem Startdatum der Harm Reduction den ersten Folgetermin. Besonders in den ersten Wochen ist es wichtig, den Patienten ausreichend zu motivieren und Entzugssymptome zu besprechen. Eventuell sollte man überprüfen, ob bei einer Nikotinersatztherapie eine Dosisanpassung nötig ist. Mittels Kohlenmonoxiddmessung kann dem Patienten als zusätzliche Motivation vor Augen geführt werden, wie sich sein Wert bei reduziertem Zigarettenkonsum bzw. Umstieg auf E-Zigaretten gebessert hat. Dieser Wert dient dem Arzt auch als Kontrolle, ob der Patient den Rauchausstieg tatsächlich geschafft hat.

Hat der Patient die Raucherentwöhnung erfolgreich absolviert, verdient er vom Arzt viel Lob und Anerkennung. Es reicht dann, im Rahmen der üblichen Betreuung gelegentlich nachzufragen, ob das Nichtrauchen problemlos beibehalten werden kann.

RÜCKFALLBETREUUNG

Die meisten Rückfälle passieren innerhalb von 12 Monaten nach dem Entwöhnungsversuch. Beide, sowohl der Patient als auch der begleitende Arzt, müssen sich vor Augen halten, dass ein oder auch mehrere Rückfälle einen normalen Teil des Veränderungsprozesses darstellen.

Vorsicht vor übertriebenen Erwartungen von Arzt und Patient ist geboten.

Der Patient braucht vor allem Verständnis und Ermunterung, um einen weiteren Versuch in Angriff zu nehmen, seine Sucht unter Kontrolle zu bekommen. Arzt und Raucher sollen gemeinsam nochmals den Behandlungsplan durchgehen und analysieren, welche Faktoren hilfreich und welche weniger hilfreich waren.

Schritt 7: KONTINUIERLICHE BETREUUNG DES PATIENTEN

Um den Erfolg einer begonnenen Entwöhnung oder Harm Reduction langfristig aufrechterhalten zu können, ist es sinnvoll, in den nächsten Wochen bis Monaten mit dem Patienten individuell angepasste regelmäßige Termine zu vereinbaren. So kann die Motivation, weiterhin auf das Zigarettenrauchen zu verzichten, erfahrungsgemäß unterstützt werden.

Jeder Rückfall ist ein weiterer Lernschritt zum endgültigen Erfolg!

FAZIT

Die Raucherentwöhnung bzw. eine langfristige Harm Reduction ist ein lohnender Weg für abhängige Raucher und den betreuenden Arzt.

Eine erfolgreiche Beendigung des Zigarettenrauchens ist vor allem ein großer persönlicher Gewinn, der zu einem Plus an Lebenserwartung, Lebensqualität und Gesundheit führen kann. Dies deckt sich wiederum mit den Zielen des Allgemeinmediziners, der im Idealfall ein langfristiger Gesundheitsmanager seiner Patienten ist.

ZUSAMMENFASSUNG

- Abhängiges Zigarettenrauchen stellt einen der größten Risikofaktoren für die Gesundheit in industrialisierten Ländern dar – es besteht dringender Handlungsbedarf.
- Der Allgemeinmediziner nimmt durch seinen kontinuierlichen Patientenkontakt eine Schlüsselrolle und Nahtstellenfunktion im Gesundheitssystem ein, und er ist auch die erste Anlaufstelle in der Raucherberatung.
- Vorrangiges Ziel des Allgemeinmediziners in der Raucherbetreuung:
 - Erfragen und Dokumentation des Rauchverhaltens bei geeignetem Anlass
 - Evaluation der Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören (Kurzintervention), um die Motivation zum Rauchstopp zu erhöhen
 - Bei Bereitschaft zum Rauchstopp Kurzberatung mit Fagerström-Test und Kohlenmonoxidmessung
- Für Raucher, die ihr Rauchverhalten verändern, aber noch nicht gänzlich einstellen können oder möchten, stehen unterschiedliche Strategien der Harm Reduction zur Verfügung.
- Zur Durchführung einer Raucherentwöhnung oder Harm Reduction gehören das Erstellen eines Therapieplanes mit Auswahl der entsprechenden Methode, die Vereinbarung von Folgekontakten und eine eventuelle Rückfallbetreuung.
- Nikotinersatzpräparate stellen eine ideale Unterstützung bei Raucherentwöhnung und Harm Reduction dar. Auch E-Zigaretten, Tabakerhitzer oder Nikotinbeutel können hilfreich sein.
- Führt der Allgemeinmediziner die Behandlung nicht selbst durch, soll er dem Patienten Kontaktadressen vermitteln und ihn dorthin überweisen.

IMPRESSUM

AM Plus Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit

Präsident: Dr. Erwin Rebhandl | Vizepräsident: Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier

Anschrift: Lazarettgasse 19/4. OG, 1090 Wien | Telefon: 01/908 11 46-28 | Fax: 01/409 52 01-15 | E-Mail: office@amplusgesundheit.at

Web: www.amplusgesundheit.at

Autoren dieser Ausgabe und für den Inhalt verantwortlich: Dr. Erwin Rebhandl, Univ.-Doz. Dr. Ernest Groman, Dr. Reinhold Glehr

ZVR-Zahl: 202335298 | Titelbild: Shutterstock | Auflage: 300 Stück | Erscheinungsdatum Mai 2023

Die in dieser Publikation verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.

RAUCHER-KURZINTERVENTION DURCH DEN ALLGEMEINMEDIZINER:

3–5 Minuten, die die Motivation erhöhen

Bei allen Rauchern:

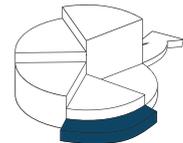
- Erfragen und Dokumentation des Raucherstatus
- Erheben der Bereitschaft des Rauchers, mit dem Rauchen aufzuhören
„Können wir eine Minute über Ihr Rauchverhalten sprechen?“

Phase der Präkontemplation – Sensibilisieren:

Ziel der Beratung: Zweifel an der Richtigkeit des Verhaltens anregen und einen Nachdenkprozess einleiten

Mögliche Fragen: „Was müsste passieren, damit Sie über eine Veränderung nachdenken?“
„Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal eine Veränderung versucht oder darüber nachgedacht?“

- akzeptieren, dass der Raucher noch nicht bereit ist, eine Entscheidung zu treffen
- dem Raucher Informationsbroschüren und Unterstützung für die Zukunft anbieten

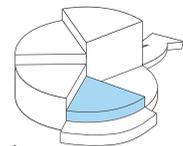


Phase der Kontemplation – Ja, aber ...

Ziel der Beratung: Bewusstmachen aller Vorteile und Barrieren sowie Hinführen zum Wunsch nach einer Verhaltensveränderung

Mögliche Fragen: „Warum wollen Sie nun eine Veränderung?“
„Was könnte Sie von einer Veränderung abbringen?“
„Was würde Ihnen helfen?“
„Was glauben Sie, müssen Sie noch über die Veränderung wissen?“

- dem Raucher versichern, welchen Gewinn ihm eine Harm Reduction bzw. eine vollständige Entwöhnung bringt
- gemeinsam mit dem Raucher alle Für und Wider durchgehen
- dem Raucher Informationsbroschüren über Harm Reduction und Raucherentwöhnung mitgeben
- dem Raucher Unterstützung zusichern, sobald er eine Entscheidung zu Harm Reduction bzw. Rauchstopp getroffen hat



RAUCHER-KURZBERATUNG DURCH DEN ALLGEMEINMEDIZINER

Phase der Präparation

Ziel der Beratung: Unterstützung bei der Erstellung eines Therapieplans

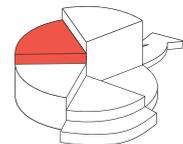
- Unterstützung bei der Vorbereitung für die Harm Reduction bzw. Entwöhnung
- Feststellung der Nikotinabhängigkeit (Fagerström-Test, CO-Messung)
- den Raucher bestärken, ein Startdatum für die Harm Reduction bzw. ein Stopdatum für das Zigarettenrauchen zu setzen
- Informationsmaterial mitgeben, mögliche medikamentöse und nicht medikamentöse Therapien besprechen
- Bestärkung der Entscheidung zu Harm Reduction bzw. Entwöhnung bzw.
- Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung



Phase der Aktion

Ziel der Beratung: Motivation und Bestärkung des Selbstvertrauens

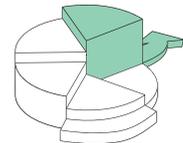
- Folgetermine für Unterstützung und Bestärkung vereinbaren
- Bedenken zu Harm Reduction bzw. Entwöhnung erfragen und ausräumen
- Betonen der positiven Seiten von Harm Reduction und Entwöhnung



Phase der Aufrechterhaltung – Stabilisieren

Ziel der Beratung: Unterstützung bei der Aufrechterhaltung der Zigaretten-Abstinenz

- Lob und Anerkennung geben
- Strategien zur Vermeidung eines Rückfalls vorschlagen
- ermuntern zu neuen „Nichtraucheraktivitäten“

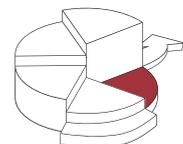


Phase des Rückfalls – daraus lernen

Ziel der Beratung: Motivation des Patienten zu einem neuerlichen Versuch der Harm Reduction bzw. der Entwöhnung

Mögliche Fragen: „Sie haben es für x Tage geschafft, was waren die Gründe?“
Fokus auf den erfolgreichen Teil

- Anerkennen von möglichen Rückfall-Situationen wie Stress, Alkohol etc.
- die meisten Raucher gehen die verschiedenen Phasen einige Male durch, bevor sie dauerhaft aufhören zu rauchen
- die Chance auf Erfolg vergrößert sich mit jedem Versuch



FAGERSTRÖM-TEST ZUR NIKOTINABHÄNGIGKEIT

Wann nach dem Erwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?	Innerhalb von 5 Minuten	<input type="checkbox"/> 3
	Innerhalb von 6–30 Minuten	<input type="checkbox"/> 2
	Innerhalb von 31–60 Minuten	<input type="checkbox"/> 1
	Nach 60 Minuten	<input type="checkbox"/> 0
Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (Kino, Bücherei usw.), darauf zu verzichten?	Ja	<input type="checkbox"/> 1
	Nein	<input type="checkbox"/> 0
Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?	Die erste nach dem Erwachen	<input type="checkbox"/> 1
	Eine andere	<input type="checkbox"/> 0
Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?	0–10	<input type="checkbox"/> 0
	11–20	<input type="checkbox"/> 1
	21–30	<input type="checkbox"/> 2
	> 30	<input type="checkbox"/> 3
Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Erwachen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?	Ja	<input type="checkbox"/> 1
	Nein	<input type="checkbox"/> 0
Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?	Ja	<input type="checkbox"/> 1
	Nein	<input type="checkbox"/> 0
Bewertung: keine bis geringe Abhängigkeit (0–2 Punkte) mittlere Abhängigkeit (3–5 Punkte) mittlere bis starke Abhängigkeit (6–7 Punkte) starke Abhängigkeit (8–10 Punkte)		

modifiziert nach Heatherton et al., 1991

BEFUNDBLATT FÜR DEN PATIENTEN

Name: _____ Datum: _____ Alter: _____

Bereitschaft zum Rauchstopp auf einer Skala von 0 (keine) bis 10 (bereit):
 (Selbsteinschätzung des Patienten)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Keine Bereitschaft zum Rauchstopp

Bereit für den Rauchstopp

Raucher Ja, seit _____ Anzahl Zigaretten pro Tag: _____

Bei Bereitschaft zum Rauchstopp (ab einem Wert von 3)

Fagerström-Test: _____ CO-Messung (wenn Gerät vorhanden): _____

Zielvereinbarung: _____

Eventuell Erhebung nach dem Wiener Standard zur Diagnostik der Nikotinabhängigkeit (Schoberberger et al., 1998)

LITERATUR

- Abrams DB, Glasser AM, Pearson JL, et al., Harm Minimization and Tobacco Control: Reframing Societal Views of Nicotine Use to Rapidly Save Lives. *Annu Rev Public Health*, 2018;39:p193-213
- Benowitz NL, Fraiman JB. Cardiovascular effects of electronic cigarettes. *Nat Rev Cardiol* 2017;14(8):447
- Bernhard G & Kunze M. Risiko Rauchen – Ratgeber der MedUni Wien (2019). Manz-Verlag, ISBN: 978-3-214-13743-4
- BMSGPK 2021: E-Zigaretten und Liquids: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Tabak-und-verwandte-Erzeugnisse/Verwandte-Erzeugnisse/Elektronische-Zigaretten.html>, letzter Zugriff: 04. April 2023
- Deutsches Bundesinstitut für Risikobewertung 2022: <https://www.bfr.bund.de/cm/343/emissionen-von-tabakzigaretten-tabakerhitzern-und-e-zigaretten-im-vergleich.pdf>, letzter Zugriff: 13. Februar 2023
- DKFZ 2022: <https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Lexikon/E/Elektronische-Zigaretten.html>, letzter Zugriff: 09. Februar 2023
- DKFZ 2022: https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Rauchstopp_das-koennen-Sie-tun/2_Unterstuetzung_beim_Rauchstopp/5_Medikamentoese-Unterstuetzung-beim-Rauchstopp.html, letzter Zugriff: 09. Februar 2023
- DKFZ 2021: [AdWfdP_2021_Harm-Reduction_0.pdf](https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/AdWfdP_2021_Harm-Reduction_0.pdf) (dkfz.de)
- Fachinformation Champix®, Stand November 2020
- Fachinformation Nicorette® MintSpray, Stand November 2021
- Felsinger R & Groman E (2022) Price Policy and Taxation as Effective Strategies for Tobacco Control. *Front. Public Health* 10:851740
- Gelbe Liste 2019: Bupropion. https://www.gelbe-liste.de/wirkstoffe/Bupropion_47308, letzter Zugriff: 6. Dezember 2022
- GÖG: Tabak- und verwandte Erzeugnisse sowie sonstige Nikotinerzeugnisse: Zahlen und Fakten 2021. https://jasmin.goeg.at/2248/1/Tabak-%20und%20verwandte%20Erzeugnisse%20sowie%20sonstige%20Nikotinerzeugnisse.%20Zahlen%20und%20Fakten%202021_bf.pdf, letzter Zugriff: 06. Dezember 2022
- Groman E & Tröstl A. (2014). Raucherfrei in 5 Wochen. Springer Verlag. ISBN 978-3-642-40930-1
- Groman E & Tröstl A (2020). Alternative Nikotinzulieferungssysteme – ein Beitrag zur öffentlichen Gesundheit? In: Heino Stöver (Hrsg.): E-Zigaretten, Tabakerhitzer – was wir wissen müssen, S. 190-197. Fachhochschulverlag 2020, Frankfurt am Main, ISBN 978-3-947273-40-9
- Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, et al. A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy. *New England Journal of Medicine*. 2019;380(7):629-37
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addiction* 1991;86:1119-27
- Hughes JR, Carpenter MJ. Does smoking reduction increase future cessation and decrease disease risk? A qualitative review. *Nicotine & Tobacco Research*. 2006;8(6):739-49
- ICD-Code 2023. <https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F17.-.html?sp=SF17.2>, letzter Zugriff: 04. August 2022
- Kunze M, Schoberberger R, Groman E. Diagnose- und Therapieempfehlung zur Behandlung von Rauchern. *Onkologisch spezial. Informationsreihe der Österreichischen Krebshilfe – Krebsgesellschaft*, 7. Jahrgang, Nr. 4/1999
- Kunze M, Groman E. Raucherentwöhnung muss professionalisiert werden [Smoking cessation must be professionalized]. *Wien Klin Wochenschr*. 2006;118(7-8):193-195
- Kunze U, Schoberberger R, Schmeiser-Rieder A, et al. Alternative nicotine delivery systems (ANDS)-public health-aspects. *Wien Klin Wochenschr* 1998;110(23):811-816
- Lindson-Hawley N, Hartmann-Boyce J, Fanshawe TR, et al. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;10(10):CD005231
- Lichtenschopf A. Richtlinien der Tabakentwöhnung Stand 2010. *Wien klin Wochenschr* 123 (2011):299-315
- Lucchiari C, Masiero M, Mazzocco K, et al. Benefits of e-cigarettes in smoking reduction and in pulmonary health among chronic smokers undergoing a lung cancer screening program at 6 months. *Addict Behav* 2020;103:106222
- McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(12):CD010216
- Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. New York: Guilford Press; 2002.
- NASEM 2018 - National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Eaton DL, Kwan LY, Stratton K, et al., eds. Public Health Consequences of E-Cigarettes. Washington (DC): National Academies Press (US); January 23, 2018
- ÖGAM 2005: Raucherentwöhnung in der allgemeinmedizinischen Praxis. Konsensusmeeting & Statement unter der Ägide der ÖGAM in Zusammenarbeit mit dem Nikotin Institut Wien. *Internationale Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*. April 2005; ISSN 1726-0027
- ÖGK 2022: Presseaussendung: https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20220919_OTS0027/erster-ansprechpartner-bleibt-der-hausarzt, letzter Zugriff: 04. April 2023
- Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47(9):1102-14
- Ramström L, Wikmans T. Mortality attributable to tobacco among men in Sweden and other European countries: an analysis of data in a WHO report. *Tob Induc Dis*. 2014;12(1):14
- Rauchfrei.at. Tabakprodukte. <https://rauchfrei.at/fakten/andere-tabakprodukte/e-zigarette/>, letzter Zugriff: 09. Februar 2023
- Rauchfrei.at Herausforderung Nikotinbeutel <https://rauchfrei.at/neue-herausforderung-nikotinbeutel/>, letzter Zugriff: 10. März 2023
- Richtlinie 2014/40/EU zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0040>, letzter Zugriff: 09. Februar 2023
- Rieder A, Kunze U, Groman E, et al. Nocturnal sleep-disturbing nicotine craving: a newly described symptom of extreme nicotine dependence. *Acta Med Austriaca* 2001;28(1):21-22
- Riemerth A, Kunze U, Groman E. Nocturnal sleep-disturbing nicotine craving and accomplishment with a smoking cessation program. *Wien Med Wochenschr* 2009;159(1-2):47-52
- S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“, Stand 2021, AWMF-Register Nr. 076-006
- Schoberberger R, Kunze U, Schmeiser-Rieder A, et al. Wiener Standard zur Diagnostik der Nikotinabhängigkeit: Wiener Standard Raucher-Inventar (WSR). *Wiener Med Wochenschr* 1998;148:52-64
- Shields PG, Berman M, Brasky TM, et al. A review of pulmonary toxicity of electronic cigarettes in the context of smoking: a focus on inflammation. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2017;26(8):1175-91
- Simonavicius E, McNeill A, Shahab L, et al. Heat-not-burn tobacco products: a systematic literature review. *Tob Control* 2019;28(5):582-94
- Statistik Austria 2020: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheitsverhalten/rauchen>, Auswertung der Zahlen 2019 – Rauchverhalten, letzter Zugriff: 09. Februar 2023
- Stead LF, Buitrago D, Preciado N, et al. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013(5):CD000165
- Stephens WE. Comparing the cancer potencies of emissions from vapourised nicotine products including e-cigarettes with those of tobacco smoke. *Tobacco control*. 2018;27(1):10-7
- WHO 2014: Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112835/9789241506953_eng.pdf, Stand 2014, letzter Zugriff: 09. Februar 2023

