

Therapie der Tabak-Abhängigkeit

Handlungsvorschläge für Diagnose, Beratung und medikamentöse Therapie



Dr. Andreas Nagler
Lungenfacharzt und
Psychotherapeut

A. Nagler

Übersicht:

Einleitung

1. Diagnose
2. Therapie

A. Beratung

B. Medikamentöse Therapie

- a. Nikotinersatztherapie
- b. Bupropion

C. Vertiefte Beratung

Einleitung

Früher war die Abstinenz das einzig akzeptierte Therapieziel der Tabak-Abhängigkeit. Sie wurde wegen der schweren Folgeerkrankungen gefordert. (Tab. 1) In der sogenannten Raucher-Entwöhnung verordnete der Arzt die Abstinenz. Der Patient half sich selbst durch seine Willenskraft. Damit wurde nur eine sehr **geringe Erfolgsrate** (< 5% nach einem Jahr) erreicht¹.

Heute gilt die Tabak-Abhängigkeit als eigene Krankheit. Ihre Therapie wird als

Tabelle 1	
Einige Folgeerkrankungen	
• Vermehrte Faltenbildung der Haut	
• Impotenz	
• Unfruchtbarkeit	
• Coronarielle Herz-Erkrankung	
• Schlaganfall	
• Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	
• Lungen-Krebs	

erste Maßnahme in den Behandlungs-Richtlinien vieler Krankheiten gefordert². Sie ist gut erforscht und erwiesenermaßen **wirksam und kosteneffektiv**³. Die Therapie der Tabak-Abhängigkeit besteht aus Beratung und medikamentöser Unterstützung. Derzeit wird sie in Österreich von den Krankenkassen nicht bezahlt.

Die Therapie der Tabakabhängigkeit ist eine **Suchttherapie**. Daher fordert sie vom Arzt mehr als bloße Verordnungs-Medizin: Sie verlangt das Eingehen auf den Patienten und intensive **Beziehungs-Arbeit**. Die starke Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Erfolgsrate einerseits und der Frequenz und der Intensität der Interventionen andererseits ist gesichert⁴.

Von den Patienten verlangt die Therapie der Tabak-Abhängigkeit den Willen, ihr Leben gegen den Widerstand der Sucht zu verändern. Dieser Herausforderung stellen sich täglich viele Patienten, manche gut unterstützt von ihren Ärzten.

Heute gibt es **verschiedene Therapie-ziele** für verschiedene Patienten. Auf diese Weise werden mehr Raucher erreicht als durch das alleinige Therapiekonzept der Abstinenz (Tab. 2).

Tabelle 2	
Therapieziele	
• Abstinenz	
• Reduktion	
• Aufhören auf Zeit	

Neuere Untersuchungen belegen, dass auch die **Zigaretten-Reduktion** ein sinnvolles Therapieziel ist: Nach einem Jahr haben ebenso viele Menschen durch Reduktion ganz mit dem Rauchen aufgehört, wie durch die sofortige Abstinenz. Die Zigaretten-Reduktion wird als die Halbierung der Zigarettenanzahl pro Tag oder das Erreichen einer Zigarettenzahl von < 7 pro Tag definiert⁵.

Für Raucher, die sich weder Abstinenz zutrauen, noch erfolgreich reduzieren können, ist als experimenteller Ansatz das **Aufhören auf Zeit** gut geeignet. Das Ziel ist hier eben nicht die Abstinenz, sondern eine Verhaltensänderung auf Zeit. So wird der Widerstand des Rauchers gegen die sofortige Entwöhnung unterlaufen und eine Änderung des Verhaltens ermöglicht. Diese Veränderung kann neue Perspektiven eröffnen und so eine andere Einstellung zum Tabak ergeben. Als Zeitspanne wird sechs Wochen vorgeschlagen, andere sind möglich⁶.

1. Diagnose

Jeder Arzt soll jeden Patienten bei jedem Kontakt nach den Rauch-Gewohnheiten fragen⁷. Es ist vorteilhaft, die wichtigsten Kennzahlen für den Krankheits-Verlauf festzuhalten, damit bei den Kontrollen Veränderungen festgestellt und besprochen werden können. (Tab. 3) Der Schweregrad der Tabak-Abhängigkeit wird mit dem Fagerström-Test bestimmt (Tab. 4)⁸. Mit der Überprüfung des CO-Gehaltes in der ausgeatmeten Luft lassen sich die erfragten Daten objektivieren.

Tabelle 3

Kennzahlen
<ul style="list-style-type: none"> • Wie viele Zigaretten pro Tag? • Wie viele Jahre haben Sie geraucht? • Haben Sie jemals aufgehört oder reduziert? • Wie oft, wann und wie lange aufgehört? • Wie oft, wann und wie lange, um wie viel reduziert?

Die Patienten erkennen ihre Tabakabhängigkeit daran, dass sie mit dem Rauchen nicht aufhören können, obwohl sie das dringend wünschen. Bei Entwöhnungsversuchen haben sie oft innerhalb von Stunden deutliche Entzugssymptome, die in den ersten drei bis vier Tagen am heftigsten sind und meist ein bis drei Wochen andauern (Tab. 5). Kurzes, aber heftiges Verlangen nach Zigaretten kommt allerdings viel länger vor. Deshalb ist gerade die Vorbereitung auf den Rückfall in der Raucher-Beratung so wichtig.

Tabelle 4

Fagerström-Test für Nikotin-Abhängigkeit¹⁴

- **Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?**
 - Innerhalb von 5 Minuten: 3 Punkte
 - 6-30 min: 2 Punkte
 - 31–60 min: 1 Punkt
 - nach 60 min: 0 Punkte
- **Finden Sie es schwierig an Orten, wo das Rauchen verboten ist, (z.B. Kirche, Bücherei, Kino) das Rauchen zu unterlassen?**
 - Ja: 1 Punkt
 - Nein: 0 Punkte
- **Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?**
 - Die erste am Morgen: 1 Punkt
 - Andere: 0 Punkte
- **Wie viele Zigaretten rauchen Sie allgemein am Tag?**
 - Bis 10: 0 Punkte
 - 11-20: 1 Punkt
 - 21-30: 2 Punkte
 - 31 und mehr: 3 Punkte
- **Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?**
 - Ja: 1 Punkt
 - Nein: 0 Punkte
- **Kommt es vor das Sie rauchen, wenn Sie krank sind, und tagsüber im Bett bleiben müssen?**
 - Ja: 1 Punkt
 - Nein: 0 Punkte

Auswertung:

- 0–2 Punkte: sehr geringe Nikotinabhängigkeit
- 3–4 Punkte: geringe Nikotinabhängigkeit
- 5–10 Punkte: mittlere bis hohe Nikotinabhängigkeit

2. Therapie

A. Beratung

Nach der Frage nach den Rauchgewohnheiten soll immer: vom Tabak abgeraten, der Wunsch nach Veränderung festgestellt, Unterstützung angeboten und eine Kontrolle vereinbart werden (Tab. 6). Hier kann die starke Dosis-Wirkungsbeziehung, zwischen Erfolgsrate und Frequenz als auch Intensität der Interventionen, wirkungsvoll eingesetzt werden.

Fragen

Führen Sie in Ihrem Bereich ein, dass jeder Patient bei jedem Kontakt nach dem Rauchen gefragt wird. Ändern Sie ihre Untersuchungs- und Aufnahmeformulare so, dass die wichtigen Kennzahlen für das Rauchen (Tab. 3), genauso wie Puls und Blutdruck, immer festgehalten werden.

Abraten

- **Klar:** „Es ist wichtig, dass Sie jetzt mit dem Rauchen aufhören oder es zumindest deutlich einschränken. Ich kann Ihnen dabei helfen.“
- **Eindeutig:** „Als Ihr Arzt sage ich Ihnen, dass Sie jetzt mit dem Rauchen aufhören müssen. Das ist jetzt das Wichtigste für Sie.“
- **Persönlich:** Finden Sie die richtigen Worte für Ihren Patienten. Beziehen Sie sich genau auf seine aktuelle Situation: auf seine Krankheit und seine besonderen Lebensumstände.

Tabelle 5

Entzugssymptome
<ul style="list-style-type: none"> • heftiges Verlangen nach Tabak • Schlechte Laune, Gereiztheit, Ärger, Depression • Konzentrationsschwierigkeiten, Ruhelosigkeit, • Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit • vermehrter Appetit, Gewichtszunahme

Tabelle 6

Interventionen für jeden Patienten bei jedem Kontakt (Merkwort: FAVUK)
<ul style="list-style-type: none"> • Fragen • Abraten • Veränderungswunsch? • Unterstützen • Kontrolle vereinbaren

Veränderungswunsch?

Verstärken Sie den Wunsch nach Abstinenz oder Reduktion. Erklären Sie gegebenenfalls, dass auch die Reduktion sinnvoll ist. Loben und gratulieren Sie, wenn der Patient sein Rauch-Verhalten bereits geändert hat. Leiten Sie einen Erkenntnisprozess ein, wenn noch kein Wunsch nach Veränderung besteht, indem Sie die speziellen Gefahren für ihren Patienten hervorheben.

Unterstützen

1. Planung

Erarbeiten Sie gemeinsam mit dem Patienten einen Plan für Abstinenz oder Reduktion. Vereinbaren Sie ein Stop-Datum innerhalb von zwei Wochen. Verhandeln Sie, in welcher Zeit auf wie viele Zigaretten pro Tag reduziert werden soll. Besprechen Sie mögliche Entzugssymptome (Tab. 5). Bieten Sie medikamentöse Therapie an. (Siehe unten.)

2. Gefährliche Gelegenheiten

Fragen Sie nach früheren Entwöhnungsversuchen: Was hat geholfen? Was ist fehlgeschlagen? Identifizieren Sie gefährliche Gelegenheiten und entwerfen Sie dafür präzise Bewältigungs-Strategien. (z.B. Alkohol, Geselligkeit mit Rauchern, Raucher im gleichen Haushalt, falsche Freunde.) Loben Sie bei gemeisterten Gefahrensituationen. Erfragen Sie bevorstehende gefährliche Gelegenheiten. Schlagen Sie vor, dass alle Raucherutensilien aus dem Umfeld entfernt werden.

3. Rückfall

Bereiten Sie Ihren Patienten intensiv auf einen Rückfall vor: Dieser darf niemals dazu benützt werden, sich wieder ganz in die unkontrollierte Abhängigkeit zurückfallen zu lassen. Ganz im Gegenteil: Am nächsten Tag wird unbeirrt der eingeschlagene Weg fortgesetzt.

4. Helfer

Ermutigen Sie den Raucher, sich von seiner Familie und von seinen Freunden unterstützen zu lassen. Erklären Sie auch sich und Ihre Mitarbeiter als mögliche Unterstützer.

5. Medikamente

Fragen Sie nach den Erfahrungen mit der medikamentösen Therapie.

TABAK-ABHÄNGIGKEIT

Fortbildung

Kontrolle vereinbaren

Vereinbaren Sie die erste Kontrolle in einer Woche, die zweite spätestens innerhalb eines Monats. Fragen Sie nach den Intervallen, die ausreichend Sicherheit geben. Klären Sie Ihre persönliche Erreichbarkeit.

B. Medikamentöse Therapie

a. Nikotin-Ersatztherapie

Die Nikotin-Ersatztherapie ist gut erforscht und sehr sicher. Bereits 1995 galt: „Sie kann bei der weit überwiegenden Zahl der Patienten sicher angewendet werden“⁹.

Im September 2003 gilt bereits: „There are **no contraindications** for nicotine replacement therapy, if the alternative is smoking“¹⁰.

Die Nikotinersatz-Therapie kann den Erfolg der Raucherentwöhnung, gemessen nach einem Jahr, verdoppeln oder verdreifachen¹¹. Ihre Theorie ist bestechend einfach: Im Zigarettenrauch finden sich Schadstoffe und Nikotin. Der Raucher lässt mit der Zigarette die Schadstoffe weg und nimmt nur das für ihn nötige Nikotin zu sich. Und das, solange es nötig ist.

Es gibt verschiedene Darreichungsformen: Pflaster, Kaugummi, Lutschtablette, Sublingual-Tablette und Inhalator. Die Auswahl erfolgt nach den Vorlieben der Patienten. Hervorzuheben ist, dass sehr häufig unterdosiert wird. Pflaster können sinnvoll in Kombination mit den anderen Formen gegeben werden. Obwohl der Nasen-Spray die wirksamste Nikotin-Ersatz-Therapie darstellt, ist er in Österreich nicht mehr erhältlich¹².

Pflaster

- An wechselnden Stellen auf eher unbehaarter Haut.
- 21 mg für 24 Stunden, 15 mg für 16 Stunden (auch schwächere erhältlich).
- Frühere Faustregel für die Dosis: 1 mg/Zigarette.
- Jetzt nach Fagerström¹³:
 - 1 Pflaster bei 10 Z/T (Zigaretten/Tag)
 - 1 & 1/2 bei 20 Z/T
 - 2 Pflaster bei 30 Z/T
 - Mehrere Pflaster sind gleichzeitig verwendbar.
- Kombination mit anderen Darreichungsformen günstig

Kaugummi

- Langsam kauen, wenn Geschmack da, in Backe parken.
- Stärke: unter 24 Z/T: 2 mg; über 24 Z/T: 4 mg.
- Dosis: Bis 24 Stück pro Tag.
- Maximal 30 Minuten pro Stück.

Lutschtablette

- Lutschen, wenn Geschmack da, in Backe parken.
- Dosis: bis 12 pro Tag.
- Maximal 30 Minuten pro Stück.

Sub-Lingual-Tablette

- Unter die Zunge, maximal 30 Minuten pro Stück.
- Dosis: bis 24 pro Tag.

Inhalator

- Ein bis zwei Hübe, dann Pause, maximal drei Stunden pro Patrone.
- Dosis: bis 12 Patronen pro Tag.

b. Bupropion: (Handelsnamen: Zyban)

- Gabe: Ein bis zwei Wochen vor der geplanten Abstinenz
- Dosis: eine Woche: 150 mg am Morgen, danach 2 x 1 Tablette zu 150 mg pro Tag.
- Therapiedauer: Zwei Monate.
- Nebenwirkungen: Schlaflosigkeit, Mundtrockenheit, Kopfschmerz, Übelkeit und Schwindel.
- Kontraindikationen: Krampfanfälle und Essstörungen.

Nikotin-Ersatz-Therapie und Bupropion werden bei sehr abhängigen Rauchern manchmal kombiniert.

C. Vertiefte Beratung

Trotz aller Bemühung ist Suchtarbeit oft ohne deutlichen Erfolg. Denken Sie bei Therapieresistenz auch daran Psychotherapeuten hinzuzuziehen. Diese sind gerade für die Beziehungsarbeit unter schwierigen Umständen ausgebildet, wie sie der Behandlung der Tabakabhängigkeit oft bestehen. In manchen Fällen kann auch eine regelrechte Psychotherapie notwendig sein, um endlich zum Erfolg zu führen.

Literatur

1. Nardini S.: Education and smoking cessation : European Respiratory Monograph 13, March 2000.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Pocket Guide, Update July, 2003; National Heart, Lung, and Blood Institute & WHO.
3. Cost-effectiveness of the Clinical Practice Recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation, JAMA, December 3, 1997- Vol 278, No. 21
4. Nardini S: siehe 1
5. Toennesen, Philip: Smoking Reduction-Update on Efficacy, Definitions and Motivaton Strategies, Vortrag bei ERS am 27.September 2003vi
6. Kuntz Helmut: Der rote Faden der Sucht, Neue Ansätze in Theorie und Praxis 2000, Belz Verlag, Weinheim und Basel
8. Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence, U.S. Departement of Health and Human Services, June 2000
9. Heatheron TF, Kozlowsky LT, Frecker RC, Fagerstroem KO: The Fagerstroem Test for nicotine dependence. Brit J of Addiction 1991; 86: 1119-1127.
10. Henningfield J, Nicotine Medications for smoking cessation, NEJM, Nov.2,1995, Vol.: 333, No.: 18.
11. Fagerström K, Smoking Reduction-Update on Efficacy, Definitions and Motivaton Strategies, Vortrag bei ERS am 27.September 2003.
12. Henningfield, J, siehe 9
13. Nardini S: siehe 1
14. Fagerström, K, siehe 10
15. Schoberberger R., Kunze M.: Nikotinabhängigkeit, 1999, Springer-Verlag, Wien.

*Dr. Andreas Nagler
Lungenfacharzt und Psychotherapeut
Hafnerstraße 3, 2130 Mistelbach
Franz-Hochedlinger-Gasse 23/19
1020 Wien
Tel.: 0 25 72-56 66, 01/21 424-21
E-Mail: office@drnagler.at,
www.drnagler.at*