



Dr. med. Manuela Klaschik
Wissenschaftliche Mitarbeiterin und zertifizierte Rauchfrei-Trainerin (IFT)
Institut für Hausarztmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

Von der 5A-Strategie bis zur E-Zigarette

Raucherentwöhnung: Was können Sie Ihren Patienten empfehlen?

Viele Hausärzte trauen sich an das Thema Raucherentwöhnung nicht ran. Dabei könnten die betroffenen Patienten Ratschläge zum Rauchstopp und zu möglichen Therapieoptionen dringend gebrauchen. Hilfreiche Tipps und Tricks finden Sie im nachfolgenden Beitrag.

— Ausgehend von den neuesten Ergebnissen der DEBRA-Studie [1, 2] liegt der Anteil der Raucher in der Bevölkerung bei knapp 30%. Obwohl Rauchen die Lebenserwartung um durchschnittlich 10 Jahre verkürzt und auch die Anzahl der gesunden Jahre deutlich reduziert, ist im deutschen Gesundheitssystem eine ärztliche Behandlung dafür nicht vorgesehen. Weder in der gesetzlichen (GKV) noch in der privaten Krankenversicherung (PKV) gibt es eine abrechenbare

Ziffer explizit für die Behandlung der Tabaksucht. Die Verordnung von Arzneimitteln zur Raucherentwöhnung zu Lasten der GKV ist nach §34 (1) des Sozialgesetzbuches V sogar ausdrücklich ausgeschlossen.

Deutschland hinkt hinterher

Die „Tobacco Control Scale“ ist eine unabhängige, internationale Organisation verschiedener europäischer Krebs-Gesellschaften. Sie wird finanziell von der

Europäischen Union und der Weltgesundheitsorganisation unterstützt. In regelmäßigen Abständen bewertet sie die Aktivitäten europäischer Länder zur Tabakkontrolle und zum Schutz der Nichtraucher [3]. Bei der letzten Bewertung von 2016 fand sich Deutschland auf dem vorletzten Platz von 35 untersuchten Ländern (**Tab. 1**). Unsere Nachbarn schneiden deutlich besser ab: Frankreich steht auf dem 4. Platz des Rankings und Großbritannien belegt den Spitzenplatz.



Rauchen verkürzt die Lebenserwartung um durchschnittlich 10 Jahre.

© K.-U. Häßler / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodel)

Tab. 1 Auszug aus der Länderbewertung der Maßnahmen zur Tabakkontrolle

Ranking 2016 (Ranking 2013)	Land	Erreichte Punktzahl aus 100
1 (1)	Großbritannien	81
2 (2)	Irland	70
4 (5)	Frankreich	69
9 (13)	Niederlande	53
9 (5)	Türkei	53
17	Russische Föderation	49
31 (29)	Griechenland	40
33 (33)	Deutschland	37

Mod. nach <http://www.tobaccocontrolscale.org>

Diagnostik und Therapie der Tabaksucht waren bisher im Lehrplan für Medizinstudenten nicht zu finden. So wundert es nicht, dass eine Beratung zum Rauchstopp in deutschen Hausarztpraxen eher selten stattfindet: 70% der Raucher wurden bei ihrem letzten Hausarztbesuch gar nicht auf ihren Zigarettenkonsum angesprochen. Über 80% bekamen keine Empfehlung zum Rauchstopp. Lediglich rund 4% der Raucher berichteten, bei ihrem letzten Hausarztbesuch den Rat zum Rauchstopp und Informationen über mögliche Therapieoptionen bekommen zu haben [2].

Die deutsche S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ [4] gibt auf über 200 Seiten detaillierte Informationen zum Thema. Aber welche Inhalte sind in der hausärztlichen Praxis relevant und umsetzbar?

Die 5A-Strategie

Für die Gesprächsführung ist die 5A-Strategie empfehlenswert.

- **Ansprache:** Sprechen Sie jede(n) Patientin(en) auf ihren/seinen Rauchstatus an und dokumentieren Sie die Antwort sichtbar in der Patientenakte. So können Sie Raucher regelmäßig nach dem aktuellen Stand fragen.
- **Anraten des Rauchverzichts:** Empfehlen Sie in kurzen klaren Worten den Rauchstopp. Stellen Sie einen persönlichen Bezug her, warum der Verzicht auf Zigaretten für diese Person sinnvoll ist. Beispielsweise: „Wenn Sie nicht mehr rauchen, sind Sie weniger anfällig für Erkältungskrankheiten“ oder „Ihr krankes Herz wird besser mit Sauerstoff versorgt, wenn Sie aufhören zu rauchen“.
- **Ansprechen der Aufhörtmotivation:** Fragen Sie Ihre Patienten, ob sie/er mit dem Rauchen aufhören möchte.
- **Assistieren beim Rauchverzicht:** Wenn die vorangegangene Frage mit „ja“ beantwortet wurde, dann bieten Sie evidenzbasierte Methoden zur Unterstützung an.
- **Arrangieren von Folgekontakten:** Vereinbaren Sie einen Folgetermin, um sich vom weiteren Verlauf berichten zu lassen und um weitere Unter-

Tab. 2 Kostenlose Unterstützungsangebote der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Internetseite mit Online-Community und E-Mail-Coach	www.rauchfrei-info.de
Internet-Angebot für Jugendliche	www.rauch-frei.info
Rauchfrei Online-Ausstiegsprogramm	www.rauchfrei-info.de/aufhoeren/das-rauchfrei-ausstiegsprogramm
Starterpaket zur Rauchentwöhnung	www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/erwachsene/
Telefonberatung	Telefonnummer: 0800 – 8 31 31 31

stützung anzubieten, falls diese benötigt wird. Lassen Sie sich von erfolgreichen Versuchen nicht entmutigen: Der durchschnittliche Raucher braucht 6–7 Anläufe, um dauerhaft rauchfrei zu bleiben. Ein fehlgeschlagener Versuch hat keine negative Vorhersagekraft für weitere Versuche.

Niedrigschwellige Angebote

Eine Mehrheit der Raucher wünscht für die ersten Versuche eines Rauchstopps weder eine medikamentöse noch eine verhaltenstherapeutische Hilfestellung. Durch niedrigschwellige Unterstützung lässt sich die Erfolgsquote dennoch verbessern. Vor allem die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wartet mit einem qualitativ hochwertigen und kostenlosen Angebot auf (Tab. 2). Ein Hand-out von diesen Angeboten für den Patienten kann hilfreich sein.

Für Raucher/innen, die ein Smartphone nutzen, gibt es zahlreiche, oft kostenlose Apps, die beim Rauchstopp unterstützen. Besonders erwähnenswert für junge Leute sind „Smokerface“ und „Smokerstop“ von Titus Brinker, einem Medizinstudenten, der sich intensiv für die Rauchentwöhnung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen einsetzt. Seine Arbeit wird u. a. von der Deutschen Herzstiftung unterstützt.

Medikamentöse Unterstützung: Für wen?

Für Raucher mit mittlerer oder hoher körperlicher Abhängigkeit ist eine medikamentöse Unterstützung sinnvoll. Formal sollte zur genauen Evaluation z. B. der Fagerström-Test [5] gemacht

Tab. 3 Verfügbare Nikotinpflaster

16-h-Pflaster	Wirkstärke	24-h-Pflaster
8,3 mg	leicht	17,5 mg
16,6 mg	mittel	35 mg
24,9 mg	stark	52,5 mg

werden. Ab 3 Punkten liegt eine mittlere körperliche Abhängigkeit vor.

Im Praxisalltag finden sich häufig Patienten, die eine Packung Zigaretten pro Tag (2 Punkte) und die erste Zigarette des Tages innerhalb von einer Stunde nach dem Aufstehen rauchen (1–3 Punkte). Diese Raucher sollten Sie zu den Möglichkeiten einer medikamentösen Unterstützung beraten.

Nikotinersatztherapie (NET)

Vorteil der NET ist, dass sie rezeptfrei erhältlich und kostengünstig ist. Das größte Risiko liegt in der Unterdosierung, die den Patienten mit den körperlichen Symptomen des Nikotinzugs alleine lässt.

Raucher, die nur wenige Zigaretten am Tag rauchen, kommen oft mit Nikotinkaugummis, -bonbons oder -mundsprays aus. Diese werden ausschließlich bei Bedarf angewendet. Wer 20 Zigaretten oder mehr pro Tag raucht, dem sollte ein hoch dosiertes Nikotinpflaster empfohlen werden (Tab. 3). Diejenigen, die bereits früh ihre erste Zigarette rauchen, brauchen ein 24-h-Pflaster. Raucher, die erst im Laufe des Tages die erste Zigarette rauchen, können ein 16-h-Pflaster nutzen. Bei Bedarf kann das Nikotinpflaster zusätzlich durch die o.g.

Tab. 4 **Bupropion-Anwendungsschema**

1. Woche: 150 mg 1 – 0 – 0
Rauchstopp
Danach: 150 mg 1 – 0 – 1 (mind. 8 h Abstand zwischen 1. und 2. Dosis)
Anwendungsdauer: 7–9 Wochen
Kosten: 100 Tbl = ca. 170 € (reichen für 7 Wochen)

Tab. 5 **Vareniclin-Anwendungsschema**

Tag 1–3: 0,5 mg 1 – 0 – 0
Tag 4–7: 0,5 mg 1 – 0 – 1
Rauchstopp
Danach: 1 mg 1 – 0 – 1
Anwendungsdauer: 12 Wochen
Kosten: für die ersten 4 Wochen ca. 107 €, für weitere 4 Wochen ca. 114 € oder für weitere 8 Wochen ca. 184 €

kurz wirksamen NET-Produkte ergänzt werden. Die Pflaster sollten für 4 Wochen angewendet werden, danach erfolgt die Umstellung auf ein Pflaster mittlerer Dosierung für ebenfalls 4 Wochen. Im Anschluss folgen 4 Wochen mit dem niedrig dosierten Pflaster. Ein schneller Ausstieg ist mit einem größeren Rückfallrisiko verbunden. Bei Bedarf kann das Pflaster auch langsamer ausgeschlichen werden.

Bupropion

Bupropion (Zyban®) ist ein verschreibungspflichtiges Antidepressivum, das v. a. das Craving reduziert. Bei Bedarf kann es mit der NET kombiniert werden. Die empfohlene Anwendungsdauer liegt bei 7–9 Wochen (Anwendungsschema s. **Tab. 4**). Es gibt Hinweise, dass eine längere Anwendung die Erfolgsquote verbessert. Bupropion darf v. a. bei Lebererkrankungen und Epilepsie nicht angewendet werden. Da es über das Cytochrom P450 verstoffwechselt wird, gibt es zahlreiche Wechselwirkungen mit an-

deren Arzneimitteln, sodass es nicht für jeden Patienten in Frage kommt.

Vareniclin

Es handelt sich um einen Partialagonisten und -antagonisten am Nikotinrezeptor. Vareniclin (Champix®) bindet am Nikotinrezeptor und löst eine abgeschwächte Wirkung wie Nikotin aus. Im Vergleich zu Nikotin beginnt es jedoch nicht, sich bereits nach 20 Minuten wieder vom Rezeptor zu lösen, sondern bleibt für viele Stunden auf dem Rezeptor haften. So wird verhindert, dass sich Nikotin aus einer gerauchten Zigarette an den Rezeptor binden kann. Eine unter Vareniclin-Einnahme gerauchte Zigarette ist somit wirkungslos und wird vom Raucher häufig als „nicht schmeckend“ beschrieben. Aus diesem Grund kann die Arznei nicht mit der NET kombiniert werden.

Die empfohlene Anwendungsdauer liegt bei 12 Wochen (Anwendungsschema s. **Tab. 5**). Auch für Vareniclin liegen Hinweise vor, dass eine längere Anwendung zu einer höheren Erfolgsquote führt.

Richtig angewendet, entsprechen die Nebenwirkungen von Bupropion und von Vareniclin im Wesentlichen den Nebenwirkungen des Tabakentzugs. Sie sind vergleichbar sicher wie die NET [6].

Psychologische Unterstützung

In der Raucherentwöhnung gibt es v. a. für die kognitive Verhaltenstherapie, sowohl einzeln als auch in einer Gruppe, eine gute Evidenzlage. Die Kosten für verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Gruppenkurse werden in der Regel anteilig von der GKV übernommen. Informationen, wo es Kurse in der Nähe Ihrer Praxis gibt, finden Sie auf den Internetseiten der Krankenkassen und im Suchprogramm des „Deutschen Krebsforschungszentrums“ (DKFZ): www.anbieter-raucherberatung.de.

Die beste Erfolgsquote wird durch Verhaltenstherapie mit medikamentöser Unterstützung erzielt. Hierunter können

langfristige Abstinenzraten von über 30% erreicht werden.

Andere Methoden

Für Akupunktur, Hypnose, Johanniskraut und Homöopathie gibt es keine ausreichende Evidenz. Daher sollten diese Verfahren nicht vorrangig empfohlen werden [4].

E-Zigaretten

Aus gesundheitlicher Sicht ist ein vollständiger Nikotinentzug eindeutig die beste Wahl. Für Raucher, die trotz intensiver Unterstützung den Entzug nicht schaffen, können E-Zigaretten eine weniger schädliche Alternative sein. Vom NHS Scotland werden sie in dieser Indikation bereits ausdrücklich empfohlen, wenn sie anstelle von Zigaretten konsumiert werden [7].



→ **Literatur:** springermedizin.de/mmw

→ **Title and Keywords:** Smoking cessation – physician’s advice needs to be improved
Smoking cessation / nicotine replacement therapy / bupropion / vareniclin / cognitive behavioral therapy

→ **Anschrift der Verfasserin:**
Dr. med. Manuela Klaschik
Institut für Hausarztmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn
Sigmund-Freud-Str. 23, D-53127 Bonn
E-Mail: Manuela.Klaschik@ukbonn.de

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Erheben Sie den Rauchstatus bei allen Patienten.
2. Empfehlen Sie jedem Raucher den Rauchstopp.
3. Fragen Sie nach der Bereitschaft zur Verhaltensänderung.
4. Beraten Sie Aufhörwillige zu den Möglichkeiten der Unterstützung. Ein Hand-out mit niedrigschwelligen Angeboten und Kursmöglichkeiten in der Praxis-Umgebung erleichtert Ihnen die Arbeit.

Literatur

1. Kastaun S, Brown J, Brose LS, Ratschen E, Raupach T, Nowak D, Cholmakow-Bodechtel C, Shahab L, West R, Kotz D. Study protocol of the German Study on Tobacco Use (DEBRA): a national household survey of smoking behaviour and cessation. *BMC Public Health* (2017) 17:378
2. <https://debrastudy.wordpress.com/>
3. <http://www.tobaccocontrolscale.org/>
4. S3-Leitlinie "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums", AWMF-Register Nr. 076-006
5. Online-Version des Fagerström-Tests: <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Fagerstroem.html>
6. Gerste RD. Rauchentwöhnung: Vareniclin und Bupropion so sicher wie Nikotinpflaster. *Dtsch Arztebl* 2016; 113(39): A-1712 / B-1448 / C-1424
7. http://www.healthscotland.scot/media/1576/e-cigarettes-consensus-statement_sep-2017.pdf