

Fortbildung: Rauchstopp

Österreich ist Europameister, leider nur beim Konsum von Zigaretten. Dennoch wollen viele Raucherinnen und Raucher einen Rauchstopp versuchen – oftmals mit Hilfe oder auf Anraten des Arztes oder der Ärztin. In dieser DFP-Fortbildung werden die Standards der Raucherentwöhnung zusammengefasst und wichtige Tipps für die ärztliche Beratung gegeben.

THEMENÜBERSICHT

• Zahlen und Fakten

Prim. Dr. Alfred Lichtenschopf gibt einen Überblick über die Raucherentwöhnung, betont aber auch die Aufgabe der Ärzte zum Aufhören zu drängen und Hilfe anzubieten.

• Rauchen und COPD

Für **OÄ Dr. Irmgard Homeier** ist Tabakentwöhnung die wirksamste Einzelmaßnahme, um das Risiko der COPD-Entstehung herabzusetzen und das Voranschreiten zu stoppen.

• Diabetes und CVD

Rauchen erhöht die Diabetesinzidenz um das zwei- bis dreifache, erklärt **OA Dr. Helmut Brath**. Neueste Studien belegen, dass auch das Passivrauchen nicht viel besser abschneidet.

• Rauchfrei guter Stimmung

Nikotinabhängigkeit ist eine schwere chronische Erkrankung. Zudem hängen Rauchen und psychiatrische Erkrankungen zusammen, ein Rauchstopp ist dann noch schwieriger, erläutert **Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer**.

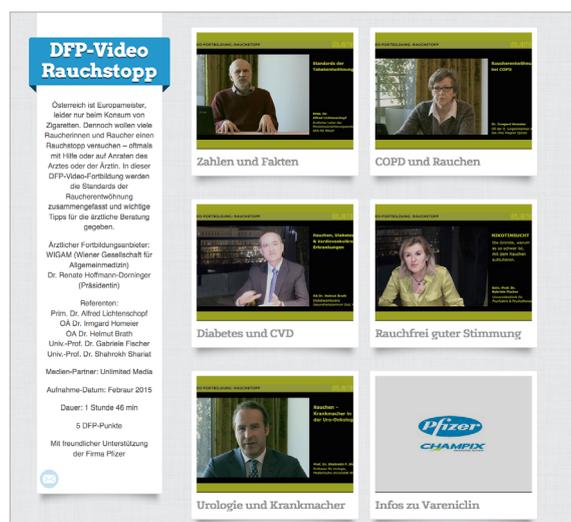
• Urologie und Krankmacher

Rauchen wirkt sich nicht nur negativ auf das Herz-Kreislauf-System und die Lunge aus, es fördert auch die Entstehung von etwa 18 Karzinomen, warnt **Univ.-Prof. Dr. Shahrokh Shariat**.

Infos zu Vareniclin

Im Vortrag erklärt **OA Dr. Helmut Brath**, Gesundheitszentrum Süd Wien, welche Rolle Vareniclin bei der Tabakentwöhnung spielen kann, wie der Wirkmechanismus funktioniert und welche Dosierung sich bewährt hat. ([Fachkurzinformation](#))

Mit freundlicher Unterstützung
Pfizer Corporation Austria GmbH, Wien
CHA-003-15/1/23.03.2015



Alle Vorträge zu dem Thema Rauchstopp:
<http://vimeopro.com/ultdmedia/rauchstopp>

Ärztlicher Fortbildungsanbieter:

WIGAM (Wiener Gesellschaft für Allgemeinmedizin), Dr. Renate Hoffmann-Dorninger (Präsidentin)

IMPRESSUM

Medieneigentümer & Herausgeber:

UNLIMITED MEDIA

Crisafulli & Stodulka
Unlimited Media GmbH

Verlag & Redaktion:
Saliergasse 26/4, 1180 Wien
unlimitedmedia.at

Zahlen und Fakten

Standards der Tabakentwöhnung

Prim. Dr. Alfred Lichtenschopf, Ärztlicher Leiter des Reha-Zentrums Weyer an der Enns, gibt einen Überblick über die Standards zum Thema Raucherentwöhnung. Er spricht über Statistiken, Risiken, skizziert die einzelnen therapeutischen Möglichkeiten, betont aber auch die Aufgabe der Ärzte nicht nur einen Raucherstatus zu erfragen, sondern auch zum Aufhören zu drängen und Hilfe anzubieten.

Die Standards und Richtlinien der Tabakentwöhnung wurden 2012 von einer Expertengruppe neu definiert und überarbeitet und sind in der Wiener Klinischen Wochenzeitschrift nachzulesen. Dieses Expertengremium hat dabei 10 Hauptempfehlungen erarbeitet. Die wichtigste Empfehlung davon ist, dass die Tabakabhängigkeit für viele Raucher eine chronische Erkrankung ist, die wiederholte Interventionen notwendig macht und unter Umständen viele Anläufe zum Rauchstopp erfordert.

Suchterkrankung

Auf jeden Fall erfüllt Zigarettenrauchen alle Haupt- und Nebenkriterien der Drogenabhängigkeit (nach dem Surgeon Generals Report). Die Nikotinabhängigkeit ist als Suchterkrankung definiert und kann vom Suchtpotential her mit Heroin verglichen werden. Das „Tobacco Dependence Syndro-

me“ ist auch als Krankheit definiert: ICD-10 Code 17.2. Prinzipiell handelt es sich um eine neurobiologische Erkrankung, die eine Therapie erfordert. Das besondere an der Nikotinabhängigkeit: Nikotin erreicht das Gehirn innerhalb von 7 bis 10 Sekunden; Nikotin kann stimulieren oder auch beruhigen.

Spontanentwöhnungsrate

Die Spontanentwöhnungsrate nach zehn Monaten ohne medikamentöse Hilfsmittel und ohne therapeutische Hilfe liegt bei 5 bis 7 Prozent. Deshalb rät Alfred Lichtenschopf: „Legen Sie sich die Latte nicht zu hoch, auch den RaucherInnen nicht!“ Wer es beim ersten Versuch nicht schafft, ist kein Versager, kein willensschwacher Zeitgenosse, sondern befindet sich in der großen Gruppe der stärker Abhängigen, die mehrere Versuche benötigt! Vergleichsweise benötigen auch andere chronische Krankheiten,

z.B. Asthma, ebenso wiederholte therapeutische, mitunter lebenslange Interventionen. Wichtig wäre, dass alle ExpertInnen in Gesundheitsberufen routinemäßig den Rauchstatus erheben, dokumentieren und jeden Raucher behandeln, der das Gesundheitssystem in Anspruch nimmt. Dabei ist es egal, ob es sich dabei um Ärzte der verschiedenen Fachgebiete, Zahnärzte, Krankenschwestern, Psychologen oder Psychotherapeuten handelt.

Zuerst eine Kurzintervention

Zur Intensität der klinischen Intervention empfiehlt Alfred Lichtenschopf zuerst einmal eine Kurzintervention bis zu fünf Minuten. Diese erhöht schon die Erfolgsrate in der Raucherentwöhnung. Jedem Tabakraucher sollte zumindest eine Kurzintervention angeboten werden, unabhängig davon, ob er oder sie zu einer intensiven Intervention zu-

DFP-Video Rauchstopp

Österreich ist Europameister, leider nur beim Konsum von Zigaretten. Dennoch wollen viele Raucherinnen und Raucher einen Rauchstopp versuchen – oftmals mit Hilfe oder auf Anraten des Arztes oder der Ärztin. In dieser DFP-Video-Fortbildung werden die Standards der Raucherentwöhnung zusammengefasst und wichtige Tipps für die ärztliche Beratung gegeben.

Ärztlicher Fortbildungsanbieter:



Zahlen und Fakten

Vortrag „Zahlen und Fakten“:
<http://vimeopro.com/ultdmedia/rauchstopp>

gewiesen wird. Denn letztlich verlängert jeder Rauchstopp das Leben: Hört ein Patient im Alter von 30 Jahren mit dem Rauchen auf, gewinnt er 10 Jahre; bei 40 neun Jahre, bei 50 sechs Jahre und bei 60 Jahren immerhin noch zwei Jahre.

Effektive Beratung durch den Arzt

Die Behandlung der Tabakabhängigkeit ist über eine große Bandbreite der Population hinweg effektiv. „Raucherentwöhnung kann durch ein eigenes Angebot erfolgen, einen Kollegen, ein ambulantes Angebot, stationäre Therapie oder über das Rauchertelefon. Im Behandlungssetting mit persönlichem Kontakt sind vier oder mehr Sitzungen besonders erfolgreich für eine Raucherentwöhnung“, rät Alfred Lichtenschopf. Die Therapie der Raucherentwöhnung ist standardisiert, kostengünstig und wirksam. Schon Beratung allein ist in der Be-

handlung der Tabakabhängigkeit wirksam. Die Kombination mit medikamentöser Behandlung aber ist wirksamer als nur Beratung. Daher sollten die Experten in Gesundheitsberufen alle Raucher, die einen Rauchstopp vorhaben, sowohl die Beratung als auch gegebenenfalls die medikamentöse Behandlung empfehlen. Medikamentöse Behandlung ohne Beratung wird nicht empfohlen.

Medikamentöse Therapie

Sieben First-Line-Medikamente erhöhen verlässlich die Langzeitabstinenz (fünf Nikotinersatztherapieprodukte bzw. zwei Medikamente): Nikotinkaugummi, Nikotininhaler, Nikotintablette, Nikotinnasalspray, Nikotinpflaster, Bupropionhydrochlorid und Vareniclin. Wenn ein Raucher aktuell keinen Rauchstopp durchführen will, sollten die Experten in Gesundheitsberufen immer wieder motivationsfördernde Maßnahmen

„Eine Kurzintervention erhöht die Erfolgsrate in der Raucherentwöhnung. Jedem Tabakraucher sollte zu mindestens eine Kurzintervention angeboten werden, unabhängig davon, ob er oder sie zu einer intensiven Intervention zugewiesen wird.“
Prim. Dr. Alfred Lichtenschopf

anwenden. Für konsonante Raucher ist auch die Strategie der 5 R's sinnvoll:

- **Relevanz:** Persönlichen Bezug zum Rauchstopp.
- **Risiken:** Aufzeigen der individuellen Risiken des Rauchverhaltens.
- **Rewards (Belohnungen):** Persönliche Vorteile des Rauchstopps.
- **Roadblocks (Hindernisse):** Mögliche Schwierigkeiten beim Rauchstopp.
- **Repetition (Wiederholung):** Wiederholung der vorigen Schritte bei unmotivierten oder rückfälligen Patienten bei jedem Arztkontakt.

A. Lichtenschopf et al.: Richtlinien der Tabakentwöhnung. Stand 2010. Wien Klin Wochenschr 2011; 9-10: 299-316

A. Lichtenschopf et al.: Standards der Tabakentwöhnung. Konsensus der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie Update 2010. Springer, Wien-New York 2012

Raucherentwöhnung

COPD und Rauchen

Eine Tabakentwöhnung hat positive Effekte auf die Symptomatik, den Verlauf der Lungenfunktion und die Mortalität von Patienten mit COPD. Für OÄ Dr. Irmgard Homeier, Otto-Wagner-Spital, Wien, ist Tabakentwöhnung die wirksamste und kosteneffektivste Einzelmaßnahme, um das Risiko der COPD-Entstehung herabzusetzen und das Voranschreiten der Erkrankung zu stoppen. Daher sollte Tabakentwöhnung nachhaltig auf allen Versorgungsebenen gefordert und gefördert werden.

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (chronic obstructive pulmonary disease, abgekürzt: COPD) ist eine der weltweit führenden Todesursachen. Derzeit liegt sie an fünfter Stelle der häufigsten Todesursachen; aber 2020 wird sie an dritthäufigster Stelle liegen. Die COPD ist eine nicht vollständig reversible Atemstrombehinderung, die progressiv verläuft mit einer abnormen entzündlichen Reaktion der Lunge auf schädliche Partikel oder Gase.

Einteilung nach GOLD-Stadien

Die Symptome sind Atemnot, Husten und (morgendlicher) Auswurf. Die Einteilung des Schweregrades erfolgt nach GOLD Stadien (The Global Initiative for Obstructive Lung Disease) mittels Spirometrie in GOLD I–IV. Eine Obstruktion liegt vor ab einem Verhältnis FEV_1/FVC unter 70% absolut bzw. unter 80% relativ bezogen auf den Referenzwert. Der

Schweregrad der Obstruktion wird an Hand des FEV_1 in Prozent ermittelt.

Therapie der COPD

Die Therapie sollte in den Stadien I und II einerseits eine Bedarfstherapie mit kurzwirksamen β -Mimetika beinhalten, außerdem eine Dauertherapie mit einem langwirksamen Anticholinergikum. In den Stadien III und IV kommt zusätzlich eine Kombination mit einem langwirksamen β -Mimetikum hinzu, ggf. auch ein inhalatives Cortison. Irmgard Homeier: „In allen Stadien ist eine Raucherentwöhnung zu empfehlen, ebenso eine pneumologische Rehabilitation und ein Ausdauertraining.“ Immerhin sind derzeit in Österreich etwa 1.000.000 Menschen an einer COPD erkrankt; 400.000 befinden sich im Stadium II – IV, 50.000 im Stadium III – IV. Das Risiko, eine COPD zu entwickeln, wird durch den kumulativen Ziga-

rettenkonsum (pack-years) bestimmt. Acht von zehn COPD-Patienten waren langjährige Raucher. Zudem gibt es einen höheren Anteil an RaucherInnen als in der Allgemeinbevölkerung. Auch der Anteil aktiver Raucher bei schwerer COPD ist höher als bei Patienten mit leichter COPD.

„Diese Zusammenhänge blieben in einer großen Querschnittsstudie nach Adjustierung für Alter, Geschlecht, Ethnizität und soziale Deprivation signifikant“, so Irmgard Homeier. Es gibt zudem geschlechtsspezifische Unterschiede. Denn Frauen sind gegenüber den gesundheitsschädlichen Effekten des Tabakrauches empfindlicher als Männer. Sie entwickeln bei gleicher Exposition entsprechend häufiger eine COPD. Irmgard Homeier: „Die COPD führt nicht nur zu Veränderungen der Lunge, sondern auch zu kardialen, muskulären, ossären, nutritiven, psychischen und sozialen

Vortrag „COPD und Rauchen“:
<http://vimeopro.com/ultdmedia/rauchstopp>

„Tabakentwöhnung ist die einzig wirksame therapeutische Maßnahme, um die COPD-Sterblichkeit zu reduzieren.“

OÄ Dr. Irmgard Homeier

Krankheitsfolgen.“ In der Lung-Health-Study, in die knapp 6.000 Patienten mit leichter bis mäßiger COPD eingeschlossen wurden, starben mehr Patienten an kardiovaskulären Erkrankungen als an der COPD.

Tabakentwöhnung reduziert Sterblichkeit

Interessant ist, dass Raucher mit Atemwegsproblemen motiviert sind, mit dem Rauchen aufzuhören. Etwa 50 bis 70% der rauchenden COPD-Patienten wollen aufhören. 34% der Raucher mit COPD und 38,5% der Raucher ohne COPD haben noch nie einen Rauchstopp versucht. Irmgard Homeier: „Aber die überwiegende Mehrzahl scheitert! Viele entwickeln eine Resistenz gegenüber ärztlichen Maßnahmen. Je schwerer die COPD, umso schwieriger ist es aufzuhören!“ Dennoch ist Tabakentwöhnung die einzig wirksame therapeutische Maßnahme, die die

COPD-Sterblichkeit reduziert. Aufgrund des hohen Abhängigkeitsgrades von Rauchern mit COPD müssen daher bei der Entwöhnung dieser Patienten psychosoziale Interventionen und Pharmakotherapie angewendet werden.

3-A-Vorgehen

Die Zielgruppen kann man unterscheiden in entwöhnungsbereite Raucher, nicht entwöhnungsbereite Raucher und instabile Ex-Raucher. Für alle Raucher empfehlen sich die 3-A-Vorgehen:

- **ASK:** Identifikation und Dokumentation des Rauchstatus jedes Patienten bei jeder Visite!
- **ADVISE:** Jedem Raucher muss auf klare, eindringliche und seine persönlichen Bedürfnisse angepasste Weise zum Rauchstopp geraten werden.
- **ASSESS:** Die Bereitschaft zum Rauchstopp erfragen.

Jede Tabakentwöhnung hat positive Effekte auf die Lungenfunktion, auf pulmonale Infekte und auch die Mortalität. So führt eine Aufgabe des Rauchens zu einer Halbierung des jährlichen FEV₁-Verlustes. Selbst nach elf Jahren lag die jährliche FEV₁-Abnahme in der Gruppe der erfolgreich entwöhnten Raucher deutlich unter derjenigen in der Gruppe der kontinuierlichen Raucher. Eine Tabak-Entwöhnung wirkt sich bei Frauen im Vergleich zu Männern noch positiver auf den Verlauf der Lungenfunktion aus. „Die Verbesserung der Lungenfunktion und Minderung der Beschwerden sind nicht zu erwarten, wenn der Tabakkonsum lediglich reduziert wird. Eine kontrollierte Reduktion kann jedoch als Zwischenlösung bis zum Erreichen der kompletten Abstinenz praktiziert werden“, erklärt Irmgard Homeier.

Literatur beim Verfasser

Diabetes und CVD

Rauchen, Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen

Rauchen erhöht die Diabetesinzidenz um das zwei- bis dreifache, erklärt OA Dr. Helmut Brath, Diabetes & Stoffwechselambulanz, Gesundheitszentrum Wien Süd. Aber auch das Passivrauchen schneidet nicht viel besser ab. Zudem potenziert das Rauchen das Risiko für alle Spätschäden des Diabetes, beschleunigt Arteriosklerose und führt präkursor zu deren Folgen. Ein Rauchstopp und ein Rauchverbot im öffentlichen Bereich senken hingegen die kardiovaskuläre Mortalität.

Seit 1997 weiß man, dass Rauchen einen Typ 2-Diabetes mitverursachen kann. Wollte man dies anfangs nicht wahrhaben und versuchte man, den Zusammenhang durch den anderen Lebensstil eines typischen Rauchers zu erklären, so zeigten zahlreiche sozioökonomische- und lebensstiladjustierte Folgestudien klar, dass Aktiv- und Passivrauchen Hauptursachen der Entwicklung eines Typ 2-Diabetes sein können.

Erhöhte Diabetesgefahr

Raucher haben ein 3,27-fach erhöhtes Risiko, einen Typ 2-Diabetes zu entwickeln, besonders wenn früh zu Rauchen begonnen wird. Rauchende Diabetiker erkranken früher und häufiger an Diabeteskomplikationen wie koronarer Herzkrankheit, PAVK, zerebralen Durchblutungsstörungen, aber auch Neuropathie und ganz besonders Nephropathie. Die Internationale Diabetes Föderation (IDF) nennt Rauchen so-

gar als einen der maßgeblichen Faktoren für die weltweite Diabetesepidemie. Und damit stellt sie das Rauchen auf eine Ebene wie zum Beispiel falsche Ernährung oder Bewegungsmangel.

Auch Passivrauchen erhöht Diabetesrisiko

Aber auch Passivrauchen ist ein weithin dramatisch unterschätztes Gesundheitsrisiko. Zwar ist der Zusammenhang zwischen Passivrauchen und Diabetes nicht so klar erforscht, wie jener zwischen Aktivrauchen und Diabetes, einige Daten liegen jedoch sehr wohl vor. Helmut Brath: „Eine aktuelle Metaanalyse von über 162.000 Probanden zeigte eindeutig, dass auch Passivrauchen das Risiko erhöht an Diabetes zu erkranken – und zwar immerhin um 33 Prozent.“ Rauchen ist auch nicht günstig, wenn man bereits einen Diabetes hat, das zeigt die

PROactive-Studie. Es zeigte sich, dass durch verschiedene Medikamente die Wahrscheinlichkeit, einen Herzinfarkt oder eine makrovaskuläre Komplikation zu erleiden, um rund 20 bis 30 Prozent gesenkt werden kann. Auf der anderen Seite, ist ein weiteres kardiovaskuläres Ereignis um 70 Prozent wahrscheinlicher, wenn weiter geraucht wird! Helmut Brath: „Rauchen potenziert auf jeden Fall das Risiko für alle Spätschäden des Diabetes.“

Negative Auswirkungen auf kardiovaskuläre Krankheiten

Rauchen hat aber auch negative Auswirkungen auf kardiovaskuläre Erkrankungen. Das erkannte man ab der Mitte der 90er-Jahre, als man begann die Atherosklerose mittels Ultraschall zu messen. In der ARIC-Studie wurde die Intima-Media-Dicke der A. carotis communis gemessen; nach drei Jahren bei derselben Gruppe nochmals.

DFP-Video Rauchstopp

Österreich ist Europameister, leider nur beim Konsum von Zigaretten. Dennoch wollen viele Raucherinnen und Raucher einen Rauchstopp versuchen – oftmals mit Hilfe oder auf Anraten des Arztes oder der Ärztin. In dieser DFP-Video-Fortbildung werden die Standards der Raucherentwöhnung zusammengefasst und wichtige Tipps für die ärztliche Beratung gegeben.

Ärztlicher Fortbildungsanbieter:

Diabetes und CVD

Vortrag „Diabetes und CVD“:
<http://vimeopro.com/ultdmedia/rauchstopp>

Es zeigte sich, dass es einen normalen Alterungsprozess gab: 30 Mikrometer. Interessant ist, dass es schon durch Passivrauchen zu einer Beschleunigung des Alterungsprozesses um 20 Prozent kommt; bei aktiven Rauchern lag diese sogar bei 50 Prozent.

Rauchen erhöht Herzinfarktquote

Noch viel gravierender war es, wenn noch ein weiterer Risikofaktor wie Hypertonie oder Diabetes vorhanden war: 65 Prozent Beschleunigung für passivrauchende Diabetiker oder 200 Prozent für aktiv rauchende Diabetiker.

Helmuth Brath: „Rauchen erhöht die Herzinfarkt-Quote, sechs bis zehn Zigaretten pro Tag verdoppeln die Herzinfarkt-Wahrscheinlichkeit; 30 bis 40 Zigaretten verachtfacht sie sogar.“ Die Frage ist, was ein Rauchstopp bringt. Das beweist die INTERHEART-Studie. Im

Rahmen von 20 Jahren erkennt man, dass Menschen mit einem erfolgreichen Rauchstopp das Risiko eines kardiovaskulären Events deutlich senken konnten, allerdings nie auf jene Werte von Nie-Rauchern.

Öffentliches Rauchverbot macht eindeutig Sinn

Bringt Rauchstopp im öffentlichen Bereich etwas? Dazu gibt es eine Studie aus Rom: Mit Beginn 2005 war ein Rauchverbot im öffentlichen Bereich eingeführt worden. Vergleich man in Rom die Todesfälle und Zuweisungen in Krankenhäusern wegen Myokardinfarkten und instabiler Angina pectoris vor (2000–2004) und nach dem Rauchverbot bei 35- bis 84-jährigen Menschen, so zeigte sich eine Reduktion genannter Ereignisse um 11,2 Prozent bei den bis 64-jährigen und immerhin noch um 7,9 Prozent bei den 65- bis 74-Jährigen. Lediglich in der Gruppe von 75-

„Menschen können durch einen erfolgreichen Rauchstopp das Risiko eines kardiovaskulären Events deutlich senken, allerdings nie auf jene Werte von Nie-Rauchern.“
 OA Dr. Helmut Brath

bis 84-Jahren zeigt sich keine Reduktion der koronaren Ereignisse. Diese Zusammenhänge waren statistisch auf Temperatur, Luftverschmutzung, Grippeepidemien, zeitliche Trends (KHK, Rauchen) adjustiert. Am meisten profitiert haben von den öffentlichen Rauchverboten die Nichtraucher.

Passivrauchen: ein Prozent der weltweiten Mortalität

Dass Passivrauchen nicht unterschätzt werden darf, zeigt sich auch in einer anderen Studie (Öberg 2010). In dieser retrospektiven Datenanalyse aus 192 Ländern wurde errechnet, dass Passivrauchen immerhin ein Prozent der weltweiten Mortalität ausmacht.

Literatur beim Verfasser

Rauchfrei guter Stimmung

Warum es so schwer ist, mit dem Rauchen aufzuhören

Nikotinabhängigkeit ist eine schwere chronische Erkrankung. Craving, Salienz, Aufmerksamkeitsfehler, Impulsivität und Kompulsivität spielen eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit Rückfall und erfolgreicher Entwöhnung, erläutert Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, AKH Wien. Zudem hängen Rauchen und psychiatrische Erkrankungen oft zusammen, ein Rauchstopp ist dann noch schwieriger.

Warum es so schwer ist, mit dem Rauchen aufzuhören, liegt an der Tatsache, dass in Österreich im Suchtbereich noch Vieles eminenz-, statt evidenz-basiert abläuft. Zudem ist die Nikotinabhängigkeit eine schwere chronische Erkrankung. Bei der Nikotinabhängigkeit handelt es sich um eine Substanzkonsumstörung, es handelt sich um eine psychiatrische Erkrankung. Dies sollte auch in Arzt-Befunden und -Briefen ein integraler Bestandteil der Diagnose und der Therapievorschlüsse sein. Sucht ist eine chronische Erkrankung, Rückfälle sind immanent.

Entgiftung und Entzug

Eine Substanzkonsumstörung weist verschiedene Eigenschaften auf: Dazu gehören der Zwang, eine Substanz zu beschaffen und zu konsumieren, der Kontrollverlust und negative Emotionen, sollte der Konsum verwehrt sein. Letztlich endet

Sucht nicht, wenn die Substanz aus dem Körper entfernt wird (Entgiftung) oder wenn die unmittelbar auf den Konsum folgende Wirkung nachlässt (Entzug). Die zugrunde liegende Störung bleibt bestehen und dadurch die Tendenz, rückfällig zu werden.

Problem Lapse

Craving, Salienz, Aufmerksamkeitsfehler, Impulsivität und Kompulsivität – alle fünf Konzepte spielen eine wichtige Rolle in den komplexen Mechanismen im Zusammenhang mit „Lapse“ (Ausrutscher), Rückfall und erfolgreicher Entwöhnung. Es gibt sowohl eine gegenseitige Beeinflussung, als auch einen kombinierten Effekt. Erhöhte Salienz führt zu einem Aufmerksamkeitsfehler; Impulsivität beeinflusst die Stärke des Aufmerksamkeitsfehlers und das subjektive Craving, und führt letztendlich zu kompensativem Substanzkonsum.

Weltweit ist Rauchen nach wie vor ein Problem

Die gute Nachricht ist, dass der Konsum der Zigaretten in den USA von 40 auf 20 Prozent gefallen ist. Die schlechte Nachricht ist, dass der Konsum von Zigaretten in vielen Ländern noch hoch ist. Es gibt noch immer 1,2 Milliarden Raucher weltweit bzw. 1/3 der erwachsenen Bevölkerung (großer Teil in China, 350 Millionen). Und im Gegensatz zu fast allen Ländern in Europa kam es in Österreich zu einer Zunahme der Rauchprävalenz. Rauchten 1980 28 Prozent in Österreich, sind es 2012 32 Prozent – vor allem Frauen steigerten den Anteil von 22 auf 29 Prozent. Gabriele Fischer: „Lapse und Rückfall sind integrale Bestandteile einer eventuell erfolgreichen Entwöhnung.“ Etwa 70% der aktuellen Raucher berichten, dass sie aufhören möchten; 40% haben im vergangenen Jahr versucht (ohne Hilfe)

DFP-Video Rauchstopp

Österreich ist Europameister, leider nur beim Konsum von Zigaretten. Dennoch wollen viele Raucherinnen und Raucher einen Rauchstopp versuchen – oftmals mit Hilfe oder auf Anraten des Arztes oder der Ärztin. In dieser DFP-Video-Fortbildung werden die Standards der Raucherentwöhnung zusammengefasst und wichtige Tipps für die ärztliche Beratung gegeben.

Ärztlicher Fortbildungsanbieter:

VIDEO-FORTBILDUNG: RAUCHSTOPP
UNLIMITED MEDIA



NIKOTINSUCHT
Die Gründe, warum es so schwer ist, mit dem Rauchen aufzuhören.

Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer
Universitätsklinik für Psychiatrie & Psychotherapie

▶ 06:04
⏮ HD ⏭

Rauchfrei guter Stimmung

Vortrag „Rauchfrei guter Stimmung“:
<http://vimeopro.com/ultdmedia/rauchstopp>

aufzuhören, aber nur sechs Prozent haben es auch geschafft. Zudem hat die Mehrheit aller Raucher, die versuchen aufzuhören, einen Rückfall; 50 bis 80 Prozent innerhalb der ersten Woche.

Zeit bis zur Remission

Die meisten Patienten mit einer Suchterkrankung sind nach einer bestimmten Zeit in der Lage, diese Sucht zu beenden. Gerade die Remissionsrate für die Nikotinabhängigkeit über die Lebenszeit ist niedriger als für andere Suchterkrankungen. Auch ein Vergleich der Zeiten, die vergehen, bis es zur Remission kommt, ist interessant: Denn im Schnitt müssen 26 Jahre vergehen, bis eine Remission für Nikotinabhängigkeit erreicht werden kann. Für die Alkoholabhängigkeit sind es nur 14 Jahre, für die Cannabisabhängigkeit 6 Jahre und für die Kokainabhängigkeit sogar nur fünf Jahre.

Es gibt mehrere Prädiktoren für einen Rückfall in der Gesamtbevölkerung:

- Entzugssymptome und erfolglose Aufhör-Versuche in der nahen Vergangenheit
- höherer Grad an Nikotinabhängigkeit
- negativer Affekt – psychiatrische Ko-morbidität
- niedrigerer sozioökonomischer Status
- niedrigerer subjektiver sozialer Status
- hohe Stress-Level nach einer Periode mit niedrigeren Stress-Level

Bei einer klinischen Stichprobe fallen hingegen folgende Punkte auf:

- Entzugssymptome und höherer Grad an Nikotinabhängigkeit
- negativer Affekt
- komorbide psychiatrische Erkrankungen (aktuell oder Lebenszeit: Angststörung, Depression oder auch Schizophrenie)

„Die Nikotinabhängigkeit ist eine schwere chronische Erkrankung. Es handelt sich um eine Substanzkonsumstörung, es ist eine psychiatrische Erkrankung.“

Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer

- jüngeres Alter zum Zeitpunkt des Aufhör-Versuchs
- keine Tabak-bedingten Erkrankungen

Gabriele Fischer: „Interessant ist auch, dass 70 Prozent aller Zigaretten, die in den USA geraucht werden, von psychiatrisch Kranken konsumiert werden.“

Als Alternativen für Zigarettenrauchen bieten sich die Nikotinersatztherapie und Psychopharmaka an. Von der Alternative E-Zigarette hält Gabriele Fischer nichts. Die Verfügbarkeit und Beliebtheit der E-Zigaretten steigt, unabhängig von der mangelnden Evidenz bezüglich Risiko und Benefit. Bis dato wird die Debatte um Risiko und Benefit von Ideologie und kommerziellen Interessen dominiert und nicht durch wissenschaftliche Daten!

Literatur beim Verfasser

Urologie und Rauchen

Krankmacher in der Urologie

Jeder zweite Raucher stirbt an den Folgen von Tabakkonsum. Zudem nehmen Raucher eine Senkung der Lebenserwartung um 15 bis 20 Jahre in Kauf. Aber Rauchen wirkt sich nicht nur negativ auf das Herz-Kreislauf-System und die Lunge aus, es fördert auch die Entstehung von etwa 18 Karzinomen, warnt Univ.-Prof. Dr. Shahrokh Shariat, Univ.-Klinik für Urologie, AKH Wien. Blasen- und Prostatakarzinom stehen dabei an vorderster Front. Sein Tipp: Eine Kurzintervention von zwei Minuten durch den Arzt ist der einfachste Ansatz zu einer höheren Raucherentwöhnungsrate!

Tabakkonsum ist eine vermeidbare Hauptursache für Krankheit und vorzeitigen Tod weltweit. Rauchen ist der am besten etablierte Risikofaktor für die Entstehung von mehr als 18 Krebsarten und Todesursache einer Reihe von nichtmalignen Erkrankungen. Derzeit sterben rund sechs Millionen Menschen jährlich durch tabakkonsumasoziierte Erkrankungen, und diese Zahlen werden bis 2030 voraussichtlich auf mehr als acht Millionen pro Jahr steigen. Shahrokh Shariat: „Rauchen senkt die Lebenserwartung um 15 bis 20 Jahre, verändert die Erbgutaktivität und kostet die Weltwirtschaft jährlich rund 500 Milliarden.“

Europameister Österreich

Die 2012 errechnete altersstandardisierte tägliche Raucherprävalenz für Männer und Frauen in 187 Ländern zeigt, Österreich ist Europameister. Im Gegensatz zu allen Nach-

barn, die eine Reduktion ihrer Raucherquote über die letzten 20 Jahre zu verzeichnen haben, ist der Prozentsatz an Rauchern in Österreich ständig gestiegen. Alarmierend ist vor allem der Anstieg an Raucherinnen von ca. 22% im Jahr 1990 auf etwa 30% im Jahr 2010.

Zu viele junge Raucher

Noch alarmierender ist das Problem bei den Jungrauchern. Die höchste Prävalenz an Rauchern besteht bei den 25–29-Jährigen, mit 50% der männlichen und 42% der weiblichen Bevölkerung.

Leider gibt es eindeutige Beweise, dass die negativen Auswirkungen des Rauchens zeitabhängig sind und längere Tabakexposition schlimmere Auswirkungen zur Folge hat. Da die Mehrzahl der Raucherkrankheiten (z. B. Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, chronische Lungener-

krankungen usw.) im mittleren und höheren Alter auftritt, sind Menschen, die früh zu rauchen beginnen, besonders gefährdet, an einer dieser Erkrankungen zu leiden. Shahrokh Shariat: „Es ist höchste Zeit, das Ruder umzudrehen – für uns und unsere Kinder.“

Raucherbedingte Erkrankungen

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich das Verständnis der biologischen Mechanismen für die Entstehung der raucherbedingten Erkrankungen deutlich verbessert. Die Auswirkungen des Rauchens sind offensichtlich mit mehreren urologischen Erkrankungen assoziiert. Rauchen ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung aller urologischen Karzinome einschließlich Prostata, Harnblase und Niere und beeinflusst auch den onkologischen Ausgang der Erkrankung. Beim Blasenkrebs haben wir zum Beispiel gezeigt, dass

DFP-Video
Rauchstopp

VIDEO-FORTBILDUNG: RAUCHSTOPP UNLIMITED MEDIA

Österreich ist Europameister, leider nur beim Konsum von Zigaretten. Dennoch wollen viele Raucherinnen und Raucher einen Rauchstopp versuchen – oftmals mit Hilfe oder auf Anraten des Arztes oder der Ärztin. In dieser DFP-Video-Fortbildung werden die Standards der Raucherentwöhnung zusammengefasst und wichtige Tipps für die ärztliche Beratung gegeben.

Ärztlicher Fortbildungsanbieter:



Urologie und Krankmacher

Vortrag „Urologie und Krankmacher“:
<http://vimeopro.com/ultdmedia/rauchstopp>

„Rauchen ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung aller urologischen Karzinome und beeinflusst auch den onkologischen Ausgang der Erkrankung.“

Univ.-Prof. Dr. Shahrokh Shariat

Rauchen die Tumor-Rezidivrate nach einer Resektion steigert, die Wirkung von Immunotherapie verschlechtert und einen deutlichen negativen Einfluss auf die Gesamtüberlebensrate und die progressionsfreie Überlebensrate bei Patienten nach radikaler Chirurgie hat.

Raucherentwöhnung bessert die Prognose dramatisch

Es gibt eine klare Dosis-Wirkung-Beziehungen zwischen Zigarettenanzahl und Expositionsdauer sowie eine inverse Relation mit der Dauer der Rauchenabstinenz. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die Raucherentwöhnung die Prognose dramatisch verbessert.

Interessant ist auch, dass aktuell rauchende Frauen und langfristig schwere Raucherinnen deutlich schlechtere Ergebnisse als Männer aufweisen. Raucherinnen haben ein viel höheres Risiko für die Entwicklung eines

Harnblasenkarzinoms, zudem ist auch die Prognose schlechter – im Vergleich zu Männern.

Negative Folgen des Rauchens

Zudem führt Rauchen zu Erektionsstörungen, und, trotz heterogener Evidenz, das Rauchen scheint auch mit Beschwerden der unteren Harnwege (LUTS) assoziiert zu sein, wie etwa die gutartige Prostatahyperplasie, die chronische Prostatitis und das chronische Schmerzsyndrom des Beckens.

Für viele Patienten stellt die Krebsdiagnose ein Schlüsselerlebnis dar, um erfolgreich mit dem Rauchen aufzuhören. Darüber hinaus sind urologische Patienten durchaus bereit, das Rauchen mithilfe von aufklärenden Maßnahmen und Assistenz durch ihre behandelnden Ärzte aufzugeben. Es hat sich gezeigt, dass schon eine Kurzintervention von zwei Minuten der einfachste Ansatz zur hö-

heren Raucherentwöhnungsrate ist. Dadurch kann leicht ein Anstoß gegeben werden, mit dem Rauchen aufzuhören. Langfristige Erfolge können durch verschiedene medizinische und verhaltensbeeinflussende Unterstützung verbessert werden.

Shahrokh Shariat: „Das Problem ist, dass viele Ärzte nicht an die Raucherentwöhnung denken. 55 Prozent der Ärzte besprechen nie das Thema Raucherentwöhnung mit ihren Patienten. Rund 40 Prozent glauben nicht, dass die Entwöhnung den Krankheitsverlauf von Blasenkrebs verändert. Und beinahe 38 Prozent empfinden es als unangenehm, ihren Patienten zum Rauch-Stopp zu raten.“

Literatur beim Verfasser