

noch 32% der Teilnehmer rauchfrei. Damit erwies sich diese risikogruppenspezifische Entwöhnungsstrategie, die die körperliche Komponente der Nikotinabhängigkeit stärker berücksichtigt, als erfolgreicher Ansatz.

Rauchreduzierung als Behandlungsstrategie (2000-2003)

In zwei klinischen Studien (in Kooperation mit Studienzentren in Erfurt und Zürich) wurde an insgesamt 771 Rauchern untersucht, inwieweit eine langfristige Reduktion des Tabakkonsums mit Hilfe von Nikotinkaugummi- bei Rauchern, die bisher nicht den Tabakkonsum aufgeben konnten oder darauf verzichten wollten erreicht werden kann. Die Teilnehmer erhielten über einen längeren Zeitraum, zufällig ausgewählt, entweder immer Nikotinkaugummi oder ein Placebo (Scheinmedikament). Außerdem gab es unterschiedliche Behandlungsvariationen, wie Kurzberatungen oder die Motivierung zu einem Rauchstoppversuch.

Ergebnisse: Es zeigte sich, dass eine Rauchreduktion nur sehr eingeschränkt möglich ist. Mit Hilfe von Nikotinkaugummi können Raucher ihren Rauchkonsum zwar erfolgreicher als ohne Nikotinersatz reduzieren, jedoch ist dieser Effekt nicht langfristig aufrechtzuerhalten. Dennoch gelingt damit einigen Rauchern der „Einstieg in den Ausstieg“. Der gesundheitsbezogene Effekt bleibt jedoch offen. Die Tabakabstinenz bleibt weiterhin das primäre Ziel in der Raucherentwöhnung.

Rauchertypen und Entwöhnungserfolge (2002-2007)

In einem ersten Studienteil (2002-2005) wurde an 202 Rauchern untersucht, inwieweit bestimmte psychologische und rauchspezifische Faktoren (ermittelt durch Fragebögen) einen langfristigen Abstinenzserfolg vorhersagen können. Alle Studienteilnehmer erhielten das 6-wöchige verhaltenstherapeutische Tabakentwöhnungsprogramm des AKR sowie eine individuelle Empfehlung für die Nikotinersatztherapie. Es wurden 2 Gruppen gefunden, die sich hinsichtlich ihrer langfristigen Abstinenzquoten deutlich voneinander unterschieden. In der Gruppe der „unauffälligen Raucher“ waren nach 1 Jahr 60,4% rauchfrei, in den drei Gruppen der „auffälligen Raucher“ (stark abhängig, depressiv oder hyperaktiv) waren 42,9%, 29,6% und 26,5% der Teilnehmer in den jeweiligen Untergruppen rauchfrei.

Auf der Basis dieser Ergebnisse wurde die psychotherapeutische und medikamentöse Therapie an die Besonderheiten der einzelnen Untergruppen der „auffälligen Raucher“ angepasst. In einem zweiten Studienteil (2004-2007) wurde die Wirksamkeit dieser angepassten Therapien mit der Standardbehandlung in Kombination mit Nikotinersatztherapie an einer Gruppe von 227 „auffälligen“ Rauchern untersucht. Die Nachbefragungen der Studienteilnehmer über ein Jahr hinweg laufen noch (2007).

Rauchen - ein Problem?



Wie alles begann...

Tabak war zu Beginn des 16. Jahrhunderts aus der Neuen Welt importiert worden. Zu Ehren Jean Nicots, der die Tabakpflanze nach Frankreich einführte, benannte die französische Königin Catharine de Medici sie „Nicotiana tabacum“. Die „trockene Trunkenheit des Tabaks“, die „Sauferei des Nebels“, wie das Rauchen anfangs bezeichnet wurde, begann jedoch erst im 17. Jahrhundert Mode zu werden. Rauchen wurde zu dieser Zeit mit Ruhe und Besinnlichkeit verbunden. Das „Trinken und Einschlürfen des Tabaks“ wurde bei geistiger Arbeit oder zur Entspannung eingesetzt, versprach man sich dadurch doch eine verbesserte Konzentrationskraft und eine Schärfung der Gedanken. Tabak musste in eine Pfeife gestopft und beim Rauchen immer wieder am Ausgehen gehindert werden das Rauchen nahm noch viel Zeit in Anspruch.

Mit dem Wandel der Gesellschaft änderte sich auch die Form des Tabakkonsums. Das Rauchen wurde vereinfacht, zunächst durch die Einführung der Zigarre und ab der Mitte des 19. Jahrhunderts durch die Massenfertigung der Zigaretten. Dies gab einer Entwicklung Vorschub, mit deren Resultat wir uns heute beschäftigen.

Bereits um die Jahrhundertwende erkannte man die Schädlichkeit des Tabakgenusses, beklagte das rasche Ansteigen der Raucherquoten, die sich entwickelnde Rauchleidenschaft der Frauen und unternahm auch ärztlicherseits Bemühungen, durch die Organisation erster Gesellschaften zur Eindämmung des Rauchens der zunehmenden Verbreitung dieses „Lasters“ ein Ende zu setzen.

Wie viele Menschen rauchen?

Die Berichte und Probleme aus der Zeit der Jahrhundertwende lassen sich kaum noch auf unsere heutige Situation übertragen. In der Bundesrepublik Deutschland ist zwischen 1950 und 1975 die Zahl der jährlich konsumierten Zigaretten von durchschnittlich 500 pro Person auf etwa 2000 angestiegen. Die Zahlen halten sich seither auf diesem hohen Niveau nahezu konstant.

Die Erhebungen des Statistischen Bundesamtes, die seit 1978 bis heute in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden zeigen, dass die Raucherquote in diesem Zeitraum relativ konstant geblieben ist: 35% der Männer und 22% aller Frauen rauchen. Bei den Jugendlichen rauchen sogar bis zu 38%.

Wer gilt als „tabakabhängig“?

Inzwischen ist es eine bewiesene Tatsache: Rauchen macht abhängig! Sogar die Zigarettenhersteller bestreiten dies nicht länger. Doch nicht jeder Raucher wird automatisch körperlich abhängig. Schätzungen hierzu sind ungenau, man geht aber davon aus, dass etwa jeder zweite Raucher tatsächlich tabakabhängig ist! Doch wo endet die Gewohnheit und wo beginnt die Tabakabhängigkeit?

Im medizinischen Sinne gilt als tabakabhängig, wer eine Art Zwang verspürt zu rauchen, eine eingeschränkte Kontrolle über sein Rauchverhalten besitzt, Entzugserscheinungen entwickelt, wenn das Rauchen eingeschränkt wird oder weiterrauht, obwohl bereits negative Folgen aufgetreten sind oder schon erfolglos versucht hat, das Rauchen aufzugeben.



Im Herbst 1991 wurde an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Rahmen eines Forschungsprojektes der Arbeitskreis Raucherentwöhnung (AKR) gegründet. Seitdem setzen sich die Mitarbeiter des AKR, Psycholog/innen und Ärzt/innen, unter der Leitung von Prof. Dr. Anil Batra mit theoretischen und praktischen Fragen zur Tabakabhängigkeit und Entwöhnung auseinander.

Die wissenschaftliche Arbeit des AKR

Mit der Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und der Universität Tübingen (fortüne) wurden Fragen und Probleme im Zusammenhang mit der Tabakentwöhnung wissenschaftlich untersucht. Im Vordergrund stehen die Überprüfung der Erfolgsaussichten bestehender Behandlungsverfahren und die Entwicklung verbesserter Therapiekonzepte.

Ein weiterer Forschungsschwerpunkt liegt auf den biologischen Grundlagen der Tabakabhängigkeit. Untersucht werden die Wirkung des Nikotins, die Interaktionen des Tabakkonsums mit Medikamenten und die Bedeutung der Genetik für die Entwicklung der Tabakabhängigkeit.

1995 erhielt der Arbeitskreis Raucherentwöhnung für seine Arbeit den Forschungspreis „Rauchfrei leben“, ausgeschrieben vom Ärztlichen Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit.

Das Angebot des AKR

Ein anderer Schwerpunkt unserer Arbeit ist die Durchführung von Tabakentwöhnungskursen. Das verhaltenstherapeutische Entwöhnungsprogramm findet in der Gruppe (mit 8-10 Teilnehmern) über einen Zeitraum von 6 Wochen (90-120 Minuten, 1 x pro Woche) statt. Die Vorgehensweise ist auf S. 8 dieser Broschüre beschrieben. Das Programm ist als Selbsthilferatgeber „Nichtrauchen! Erfolgreich aussteigen in 6 Schritten“ und als Therapeutenmanual „Tabakentwöhnung ein Leitfaden für Therapeuten“ veröffentlicht.

Die Kosten für einen Raucherentwöhnungskurs betragen derzeit 130 €. Bei regelmäßiger Teilnahme übernehmen die meisten Krankenkassen davon 60-80%. Eventuell fallen zusätzliche Kosten für die medikamentöse Unterstützung an, die von den Teilnehmer/innen selbst zu tragen sind.

Die Teilnahme an einer verhaltenstherapeutischen Tabakentwöhnungsbehandlung im Rahmen einer unserer wissenschaftlichen, klinischen Studien ist kostenlos.

Weitere Angebote des AKR:

- Verhaltenstherapeutische Einzelbehandlungen von schwangeren Raucherinnen
- Kostenfreie telefonische Beratung von Ärzten, Psychologen, Suchttherapeuten sowie Mitarbeitern des Gesundheitswesens hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten von Rauchern
- Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeiter des Gesundheitswesens



Wann rauchen Sie Ihre erste Zigarette nach dem Erwachen?

Innerhalb von 5 Minuten	3 Punkte
Innerhalb von 6-30 Minuten	2 Punkte
Innerhalb von 31-60 Minute	1 Punkt
Nach 60 Minuten	0 Punkte

Finden Sie es schwierig an Orten, wo das Rauchen verboten ist, darauf zu verzichten?

ja	1 Punkt
nein	0 Punkte

Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?

auf die erste am Morgen	1 Punkt
andere	0 Punkte

Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

bis 10	0 Punkte
11-20	1 Punkt
21-30	2 Punkte
mehr als 30	3 Punkte

Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Erwachen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

ja	1 Punkt
nein	0 Punkte

Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

ja	1 Punkt
nein	0 Punkte

Summe: _____ Punkte¹⁴

Die Stärke der Abhängigkeit kann gemessen werden. Der folgende FAGERSTRÖM TEST FÜR NIKOTINABHÄNGIGKEIT wurde speziell dazu entwickelt. Je höher die Punktzahl, desto höher ist das Risiko für körperliche Beschwerden in den ersten Tagen ohne Tabak und für einen Rückfall.

- 0-2** Geringe Abhängigkeit. Sie haben gute Chancen mit einer klaren Entscheidung auf das Rauchen verzichten zu können.
- 3-5** Mittlere Abhängigkeit. Eine Entwöhnungshilfe wie das Selbsthilfe-Manual „Nichtrauchen! Erfolgreich aussteigen in 6 Schritten“, erhöht deutlich Ihre Aussichten, langfristig abstinent zu bleiben. Die Verwendung einer medikamentösen Unterstützung sollte in Betracht gezogen werden. Lassen Sie sich hierzu von Ihrem Arzt oder Apotheker beraten.
- 6-7** Starke Abhängigkeit. Das Durcharbeiten des Selbsthilfe-Manuals „Nichtrauchen! Erfolgreich aussteigen in 6 Schritten“ und das Befolgen der dort gegebenen Empfehlungen wird sehr angeraten. Medikamentöse Hilfsmittel können in Ihrem Fall sehr hilfreich sein.
- 8-10** Gleiches gilt für die sehr starke Abhängigkeit. Lassen Sie sich nie entmutigen und streben Sie weiter danach auf das Rauchen zu verzichten. Auch Sie können es schaffen! Nutzen Sie Entwöhnungsangebote und medikamentöse Hilfsmittel. Lassen Sie sich von Ihrem Arzt oder Apotheker beraten.



Hat ein Raucher ohne Hilfsmittel erfolglos versucht das Rauchen aufzugeben, sollte er eine der bewährten Entwöhnungsbehandlungen einsetzen. Mit der wissenschaftlichen Forschung zur Raucherentwöhnung und der Entwicklung verschiedener Behandlungsformen wurde in den USA in den sechziger Jahren begonnen. Aufgrund der Erkenntnis, dass bei der Tabakabhängigkeit sowohl körperliche als auch psychologische Faktoren eine Rolle spielen, wurden neben der Erforschung medikamentöser Methoden psychotherapeutische Verfahren entwickelt. Im Rahmen dieser Bemühungen entstanden aber auch wirkungslose, zum Teil unseriöse Verfahren. Um die Erfolg versprechenden und wissenschaftlich fundierten Methoden von den weniger seriösen Angeboten trennen zu können, wurden folgende Bewertungskriterien aufgestellt:

Demnach müssen Raucherentwöhnungsmethoden

- wissenschaftlich abgeleitet und dauerhaft wirksam sein
- wirtschaftlich, praktikabel und breit anwendbar sein
- Strategien zur Rückfallverhütung vermitteln bzw. den Betroffenen im Falle eines Rückfalls Möglichkeiten zur Krisenbewältigung an die Hand geben.

Zu den gegenwärtig am häufigsten angebotenen Methoden zur Tabakentwöhnung zählen die verhaltenstherapeutische Raucherentwöhnungsgruppen, aber auch Akupunktur oder hypnotherapeutische Verfahren.

Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Raucherentwöhnungsprogramme konzentrieren sich auf die Überwindung der psychischen Abhängigkeit und gelten als umfassende und wirksame Verfahren zur Tabakentwöhnung: Sie werden meist in der Gruppe, aber auch in Einzelbehandlungen durchgeführt und erstrecken sich über mehrere Sitzungen.

Bei der Behandlung werden drei Phasen durchlaufen:

- 1) Die vorbereitende Selbstbeobachtung und Klärung der Motivation
- 2) der Rauchstopp
- 3) die Stabilisierung des Entwöhnungserfolges

- *Die Selbstbeobachtungsphase* hat das Ziel, die Funktionen des Rauchens im Alltag sichtbar zu machen. Der Erwerb von Wissen über die Zusammenhänge des Rauchens ermöglicht die Vorbereitung auf schwierige Situationen und damit auch eine bessere Bewältigung der ersten Probleme bei der Abstinenz, aber auch bei späteren rückfallgefährlichen Situationen. Das Rauchen, das bisher automatisiert und unkontrollierbar erschien, wird durchschaubar und dadurch überwindbar.
- Die Beendigung des Konsums erfolgt im Anschluss an die Selbstbeobachtungsphase entweder über die Schluss-Punkt-Methode (sofortiger Rauchstopp) oder über die schrittweise Reduktion des Zigarettenkonsums (weniger empfehlenswert). In dieser Phase werden auch Alternativen zum Rauchen gesucht, die einen Teil der bislang durch das Rauchen befriedigten Bedürfnisse auf andere Weise erfüllen.

- In der Phase der *Stabilisierung des Entwöhnungserfolges und der Rückfallprophylaxe* soll der langfristige Erfolg gesichert werden. Wichtig ist die Kenntnis der rückfallkritischen Situationen und die Entwicklung und Erprobung von guten Strategien, um diese erfolgreich zu bewältigen.

Die **Akupunktur** ist weit verbreitet, die Wirkmechanismen des Verfahrens sind jedoch nicht geklärt. Sie gilt als wirksam in der Unterstützung der akuten Entwöhnungsphase. Langfristige Erfolge konnten jedoch in gut kontrollierten Studien bisher nicht eindeutig nachgewiesen werden.

Für die **Hypnose** als bedeutsamste Form der suggestiven Verfahren gilt ähnliches. Sie erzielt gute kurzfristige Erfolge, die langfristige Effizienz konnte jedoch auch hier nicht nachgewiesen werden.

Als Nachteil beider Verfahren gilt, dass sie dem Raucher keine Strategien zur Bewältigung rückfallkritischer Situationen vermitteln. Die Forschungsliteratur zu beiden Verfahren ist begrenzt, die meisten Studien weisen methodische Schwächen auf.

Medikamentöse Verfahren

Eine wichtige Unterstützung für die Raucherentwöhnung ist die Unterdrückung der Entzugssymptomatik des Rauchverlangens und der Gewichtszunahme. Vor allem Raucher mit einem erhöhten Zigarettenkonsum (mehr als 10 Stück pro Tag) profitieren von einer medikamentösen Unterstützung. Dadurch wird der Entwöhnungsprozess erheblich erleichtert und die Rückfallgefahr gesenkt.

Zur Verfügung stehen Nikotinpflaster, -kaugummi und -tablette sowie die Medikamente Zyban® (Bupropion) und Champix® (Vareniclin).

Die Kombination aus einem verhaltenstherapeutischen Selbstkontrollprogramm und einer individuell angepassten medikamentösen Unterstützung wird dem Verständnis der Tabakabhängigkeit als einer Kombination aus psychologischen und physiologischen Komponenten am ehesten gerecht.