

Hintergrund

S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“

Zur Bedeutung des Tabakkonsums

Tabakrauch gehört zu den gefährlichsten Substanzen mit psychotropen Inhaltsstoffen. Alle Formen des Tabakkonsums (Rauchen, Schnupfen, Kauen) führen langfristig zu gesundheitlichen Problemen – es gibt keinen unschädlichen Tabakkonsum. In Deutschland werden 22 % aller Todesfälle bei den Männern und 5 % bei den Frauen dem Rauchen angelastet (Welte et al. 2000). Die schädlichste Form des Tabakkonsums ist allerdings die Inhalation der Tabak-Verbrennungsprodukte (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Mit der regelmäßigen Inhalation des Tabakrauchs werden große Mengen karzinogener, teratogener und artherogener Stoffe aufgenommen, ohne dass regelmäßige Raucher kurzfristig eine störend wahrgenommene Beeinträchtigung ihrer körperlichen, psychischen oder sozialen Funktionsfähigkeit erleben. Obwohl nahezu alle Raucher von den mittel- und langfristigen gesundheitlichen Gefahren des Rauchens wissen, rauchen in Deutschland immer noch 21,2 % der erwachsenen Frauen und 30,5 % der erwachsenen Männer. Die Ursachen dafür sind vielfältig: Persönliche und aus der Umgebung stammende Werthaltungen, im Zusammenhang mit dem Zigarettenrauchen entwickelte Verhaltensgewohnheiten, der Umgang mit der kognitiven Dissonanz und eine bei etwa der Hälfte der Rauchenden bestehende physische oder psychische Abhängigkeit erschweren den Ausstieg aus dem Tabakkonsum und machen ihn zu einem langwierigen und von Rückfällen geprägten, vielfach lebenslangen Prozess.

Neben den gesundheitsbezogenen Folgen sind die direkten und indirekten finanziellen Konsequenzen des Tabakkonsums enorm: Diese werden auf 48,94 Milliarden Euro jährlich geschätzt. Da verschiedene Kosten nicht berücksichtigt wurden, stellt dieser Betrag eine untere Grenze der durch Rauchen verursachten Kosten dar.

Abstinenz – Eigene Entscheidung oder Behandlungsziel?

Tabakkonsum ist per se keine Krankheit, sondern in seinem langfristigen Resultat primär ein selbstschädigendes Verhalten. Neben dem schädlichen Gebrauch ist jedoch eine mögliche Folge des regelmäßigen Konsums die Entwicklung einer Abhängigkeit. Daher werden in den Behandlungsleitlinien Vorgehensweisen gegen den „schädlichen Gebrauch“ und die „Tabakabhängigkeit“ thematisiert. „Tabakabhängigkeit“ (F17.2) ist nach ICD-10 durch ein eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Tabak sowie durch einen starken Wunsch nach Tabakkonsum charakterisiert. Der innere Zwang zu rauchen wird meist dann bewusst, wenn versucht wird, den Konsum zu beenden oder zu kontrollieren.

Die Ursache des abhängigen Rauchens ist als komplexes Zusammenspiel von biologischen und psychologischen Faktoren zu sehen: Auf der biologischen Seite ist die über die verschiedenen angeregten Transmittersysteme psychotrope Verstärkerfunktion des Nikotins (positive Empfindung, Beruhigung, Anxiolyse, Unterdrückung von Nervosität, Steigerung der Vigilanz, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, Dämpfung des Hungergefühls) relevant, zudem lassen neuroadaptative Vorgänge eine körperliche Abhängigkeit entstehen, die klassifikatorische Kategorien wie das „zwanghafte Rauchen“, „Entzugssymptome“ und „Toleranzentwicklung“ erklären.

Viele Raucher erreichen im Laufe ihres Lebens aus eigener Vorsatzbildung und Anstrengung heraus eine Abstinenz. Gesundheitsbezogene Informationen aus der Umgebung, die direkte Ansprache durch Partner und andere nahestehende Personen, die Ratschläge des Arztes, aber auch die Sorge vor tabakbezogenen Erkrankungen, tatsächlich eingetretene gesundheitliche Probleme oder die Wahrnehmung der eigenen Abhängigkeit sind Hintergrund und Motivationsfaktoren für die Abkehr vom Rauchen. Aus medizinischer und psychologischer Sicht wäre allerdings in vielen Fällen eine Beendigung des Rauchens zu einem sehr viel früheren Zeitpunkt des Lebens wichtig und sollte aus diesem Grund frühzeitig angeraten werden. Für Raucher, die bei ernsthaften Rauchstoppversuchen aus eigener Kraft die Abstinenz nicht erreicht haben, ist eine therapeutische Unterstützung indiziert.

Um den Prozess der Absichtsbildung zur Verhaltensänderung, den Aufhörprozess selbst und die erfolgreiche Bewältigung von rückfallgefährlichen Situationen zu unterstützen, wurde eine Vielzahl von psychologischen und pharmakologischen Interventionsmethoden entwickelt, von denen einige nachgewiesenermaßen effektiv, andere aber den Nachweis ihrer Wirksamkeit schuldig geblieben sind. Anders als bei vielen anderen gesundheitlichen Interventionen schlägt den Betroffenen in der Regel nicht ein ärztlicher Berater die nach wissenschaftlichem Erkenntnisstand effektivste Methode vor. Vielmehr informieren sich die Betroffenen häufig selbst auf einem wenig regulierten Markt von Tabakentwöhnungsangeboten. Für jeden professionellen Berater und Therapeuten ist es daher sinnvoll, auf eine Sammlung des Wissens über erfolgreiche Tabakentwöhnungsmethoden und eine wissenschaftlich fundierte, evidenzbasierte Sammlung von Behandlungsempfehlungen zugreifen zu können.

Wissensbasierte Behandlungsempfehlung

Für die Sammlung und Verbreitung des Wissens über Behandlungsverfahren hat die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) strenge methodische Kriterien entwickelt, damit eine diesen Qualitätskriterien entsprechende und daraus entwickelte Behandlungsleitlinie den aktuellen Wissenstand maximal objektiv und nicht interessengeleitet wiedergibt. Den höchsten Qualitätsstandard der AWMF stellt die S3-Leitlinie dar, so auch die vorliegende „Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zum Screening, der Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ (im Folgenden kurz „Tabakleitlinie“).

Das Ziel dieser Arbeit ist im Kern die Formulierung von Behandlungsempfehlungen: Was soll, sollte oder kann Raucherinnen und Rauchern im Allgemeinen oder in speziellen Konstellationen zur Motivation oder zur Unterstützung der Tabakentwöhnung angeboten werden? Auch Fragen zum Screening, zur Diagnostik und Dokumentation und zum adäquaten Setting wurden beantwortet. Empfehlungen können darüber hinaus auch problematische Angebote thematisieren, die nicht befürwortet werden sollten oder sollen.

Sämtliche 78 Empfehlungen dieser Leitlinie sowie die drei klinischen Algorithmen, die den Behandlungsprozess nach den Empfehlungen der Leitlinie visualisieren sollen, sind durch die Zustimmung von mindestens mehr als 75 % (im Mittel 95.2 %) der Delegierten einer Konsensuskonferenz gestützt. Eine detaillierte Beschreibung der Methodik kann dem dieser Leitlinie zugeordneten Leitlinienreport entnommen werden.

Zentrale Empfehlungen

Wenn Menschen als Patientinnen und Patienten mit dem Gesundheitssystem in Kontakt kommen, soll systematisch in geeigneter Weise der Rauchstatus erfragt werden. Diese Information soll auch in die Patientendokumentation einfließen. Soll im Rahmen weiterführender Diagnostik die Stärke der Tabakabhängigkeit festgestellt werden, soll dies durch den Fagerströmtest für Zigarettenabhängigkeit (FTCD) erfolgen. Raucherinnen und Rauchern, die sich als entwöhnungswillig, wenn auch als nicht ohne Unterstützung entwöhnungsfähig einschätzen, sollen zunächst Angebote niederschwelliger Verfahren (insbesondere Kurzberatung, motivierende Gesprächsführung, Telefonberatung) gemacht werden. Wenn eine intensivere Behandlung benötigt und gewünscht wird, soll eine verhaltenstherapeutische Einzel- oder Gruppenbehandlung ggf. in Verbindung mit Medikamenten vorgeschlagen werden. Bei einer ausgeprägten Entzugssymptomatik sollen Medikamente vorgeschlagen werden. Wenn eine Nikotinersatztherapie (z. B. Pflaster + schnell wirksames Nikotinpräparat) nicht wirksam sein sollte, soll nach Prüfung von Indikationen bzw. Kontraindikationen Vareniclin oder Bupropion angeboten werden. Kinder, Jugendliche und Schwangere sollen keine Medikamente zur Entwöhnungsbehandlung einnehmen.

Die Tabakentwöhnung soll insgesamt stärker in die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen integriert werden.

Was ist das Besondere der deutschen Tabak-Behandlungsleitlinie?

Die Empfehlungen der vorliegenden Leitlinie decken sich in weitgehender Übereinstimmung mit anderen neueren nationalen und internationalen Leitlinien zur Tabakentwöhnung. Lediglich bezüglich der pharmakologischen Interventionen legt die deutsche Tabakleitlinie im internationalen Vergleich mehr Wert auf die Abschätzung potenzieller Risiken und Kontraindikationen.

Prof. Dr. Anil Batra

Stellvertretender Leiter des DGPPN-Referates „Abhängigkeitserkrankungen“
Stellv. Ärztl. Direktor, Leiter der Sektion Suchtforschung und Suchtmedizin
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

Dr. Kay Uwe Petersen

Sektion für Suchtmedizin und Suchtforschung Tübingen
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

Quellen

Statistisches Bundesamt. Mikrozensus Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten in der Bevölkerung (2009) [Internet]. 2009 [cited 2014 Aug 13]. Available from: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/ Gesundheit/Gesundheitszustand/Rauchgewohnheiten5239004099004.pdf?blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/Rauchgewohnheiten5239004099004.pdf?blob=publicationFile).

U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking – 50 years of progress: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.

Welte R, König HH, Leidl R. The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *Eur J Public Health*. 2000;10(1):31-8.