

## Risikofaktoren für Raucherkrankheiten

Im Vergleich der für den Menschen bedeutenden Risikofaktoren Rauchen, Alkohol und Adipositas ist das Zigarettenrauchen deshalb eine so einzigartige Bedrohung der Gesundheit,

- weil Tabak in jeder Dosis gefährlich ist, nicht nur im Übermaß genossen,
- weil Rauchen extrem gewohnheitsbildend ist,
- weil die Tabakwerbung von einer übermächtigen Industriebranche kommt und
- weil auch das passive Rauchen gefährlich ist [7] [11].

Das Risiko für tabakbedingte Erkrankungen lässt sich auf Grund statistischer Untersuchungen abschätzen. Die signifikanten Haupteinflussfaktoren sind dabei

- die Anzahl der gerauchten Zigaretten über die Zeit,
- die Rauchgewohnheiten, wie das Inhalieren,
- das Einstiegsalter und
- die tabakrauchverseuchte Umgebung.

Besonders der letzte Faktor wird immer unterschätzt. Passives Rauchen erhöht das Lungenkrebsrisiko auf Dauer ebenso wie aktives Rauchen [7] [8]. Besonders Kinder sind gefährdet, auch wenn nur ein Elternteil - besonders die Mutter - raucht. Es zeigt sich aber, dass sich das Risiko für Atemwegserkrankungen verdoppelt, wenn beide Eltern rauchen.

Das Risiko erhöht sich im Zusammenspiel mit anderen Einflüssen durch Alkoholkonsum, Bluthochdruck, Diabetes oder erhöhten Cholesterinspiegel.

Frauen begannen viel später mit dem Rauchen. Sie rauchen in dem zunehmenden Maße, wie sich ihr sozialer Status verändert. Rauchen wird dabei oft als modisch und mondän angesehen, als Merkmal der Emanzipation im Zuge der Frauenbewegung. Überflüssigerweise wird dem Rauchen nachgesagt, dass es die Gewichtskontrolle erleichtere und Stress abbaue. Hinsichtlich der Lebenserwartung der Frauen hat die Angst vor dem Brustkrebs andere Risiken verdrängt. Zweifellos ist die Anfälligkeit von Frauen gegen Herzkreislauferkrankungen vor den Wechseljahren geringer als die von Männern, aber die statistischen Daten in einzelnen Ländern belegen, dass der Brustkrebs hinsichtlich seiner Häufigkeit vom Lungenkrebs dramatisch eingeholt wurde. Außerdem wurden die Risiken hinsichtlich der Fortpflanzung bisher sehr unterschätzt, denn während der Schwangerschaft ist die Frucht durch das Rauchen akut gefährdet [5].

Kinder gelten als die anfälligste Gruppe und sind in doppelter Hinsicht gefährdet; sie werden frühzeitig durch das Rauchen vor allem der Eltern und Geschwister geschädigt und später durch das Beispiel Erwachsener und die Tabakwerbung zum

Rauchen verführt. Sie entwickeln so ein positives Verhältnis zum Tabak und experimentieren beizeiten selbst.

Unter den 12- bis 17-Jährigen in den neuen Bundesländern stieg der Raucheranteil seit 1993 von 21% auf 30 %. Es ist eine traurige Wahrheit, dass die Versuche, Erwachsene zum Aufhören zu veranlassen, weitaus erfolgreicher waren, als Kinder davor zu bewahren, mit dem Rauchen anzufangen. Dabei ist der soziale Druck während der Pubertät am größten, dann müssen die Kinder ihre Identität finden und einen Platz in der Altersgruppe erobern.

Eine generell interessante Frage konnte beantwortet werden, nämlich inwieweit die gesundheitlichen Schädigungen durch Aufgabe des Rauchens begrenzt oder gar rückgängig gemacht werden können und damit das Risiko eines vorzeitigen Todes wieder verringert werden kann. So sinkt das Risiko für einen Herzinfarkt innerhalb eines Jahres nach der Entwöhnung auf die Hälfte und verringert sich dann weiter langsam, bis dass es nicht größer ist als das eines Nichtraucherers sonst gleicher Konstitution [11].

## Risikofaktoren für die Solidargemeinschaft

Die Auswirkungen des Rauchens auf die Wirtschaft und den Staatshaushalt spielen bei gesundheitspolitischen Diskussionen eine wesentliche Rolle. Nach jüngsten Schätzungen betragen die Kosten für die

Solidargemeinschaft wegen der Gesundheitsschäden durch Rauchen in Deutschland jährlich 33,8 Mrd DM [16]. Für 1999 betragen die Erträge aus der Tabaksteuer 22,8 Mrd. DM [12]. Aber die Bilanz ist ziemlich komplex, denn ohne Raucher würden die Rentenkassen stärker gefordert, obwohl der Fiskus keine Tabaksteuer einnimmt. Außerdem bieten die Tabakindustrie und ihre Werbung Arbeitsplätze - ein Faktor, der in der aktuellen volkswirtschaftlichen Debatte maßgebenden Einfluss hat. Im Interesse des wirtschaftlichen Aufschwunges und einer Sanierung des Staatshaushaltes ist also kein Antrieb für eine Prävention der Raucherkrankheiten zu erwarten.

### Die besondere Stellung der Ärzte

Wie in England so führen in den entwickelten Ländern heute Ärzte die Anti-Tabak-Bewegung an, weil sie sich in einer dafür einzigartigen Position befinden.

Sie sind in ihrer täglichen Arbeit mit Rauchern konfrontiert und ihre Chancen, diese zum Aufhören zu beeinflussen, sind extrem hoch. Durch ihre Vertrauensstellung ist ihr Rat aus medizinischer Sicht glaubwürdiger als jeder andere.

Speziell die Hausärzte können dabei neben ihrem Fachwissen die physische und psychische Konstitution, den Gesundheitszustand und die familiären Verhältnisse des Patienten einbeziehen.

Aber besonders motiviert sind diese Ratschläge dann, wenn der Arzt selbst sich, vielleicht schmerzlich, das Rauchen abgewöhnt hat.

Über die Landesverbände können Ärzte andererseits mit kollektiver Meinung zum Thema Rauchen auf Politik und Gesellschaft Einfluss nehmen, weil sie auch dabei als Experten für die Gesundheit der Bevölkerung auftreten.

### Konkrete Maßnahmen zur Behandlung der Abhängigkeit [1] [2] [6] [13] [15]

An dieser Stelle sei ganz besonders auf die im Mai 2001 von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft veröffentlichte interdisziplinäre Leitlinie „The-

rapieempfehlungen“ zur Behandlung der Tabakabhängigkeit hingewiesen, die auf strengen Maßstäben der evidenzbasierten Medizin beruht [13]. Diese Therapieempfehlungen stellen erstmals in Deutschland eine national und international abgestimmte Grundlage für die ärztliche Behandlung der Tabakabhängigkeit dar und geben damit den Ärzten eine evidenzbasierte Leitlinie für die tägliche Praxis zur arzneigestützten und zur nichtmedikamentösen Behandlung der Nikotinsucht. Eine Raucherentwöhnung unter ärztlicher Hilfe ist ein langfristiger Prozess, der heute gute Erfolgsaussichten hat, wenn der Patient dem Arzt ausreichend Vertrauen entgegenbringt und selbst eine aktive Rolle übernimmt und auch in Krisenzeiten nicht verzagt.

Grundlage für eine erfolgreiche Therapie ist eine ausführliche Diagnostik, bei der der Arzt Begleiterkrankungen feststellen und vor allem den Grad der Abhängigkeit des Patienten erfragen soll. Das betrifft:

- die Rauchgewohnheiten,
- die Beeinträchtigung der physischen und psychischen Kondition,
- Anzeichen von Sucht,
- Erfahrungen mit Entwöhnungsversuchen und vor allem
- die Bereitwilligkeit zur Entwöhnung.

Zunehmend viele Raucher, in Deutschland etwa ein Drittel [11], kommen mit dem dringenden Wunsch aufzuhören, sei es aus der Erkenntnis eigenen Schadens für die Gesundheit und den Geldbeutel oder aus Rücksicht auf den Partner, auf Kinder oder Freunde und Kollegen. Sie bitten um Unterstützung und nehmen eine Therapie dankbar an.

Andere Raucher zeigen als Patienten Symptome einer durch Rauchen erworbenen Krankheit oder lassen Risikofaktoren, zum Beispiel für Herz- und Kreislauferkrankungen erkennen. Dann muss der Arzt den Patienten vor den besonderen Gefahren durch das Rauchen warnen und ihn von den Vorzügen des Nichtrauchens oder der Notwendigkeit einer Entwöhnung überzeugen. Hier seien die Hausärzte für

die Kampagne besonders angesprochen. Muster für Gespräche im Kontakt mit den Patienten sind in „Die Rauchersprechstunde“ des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg [1] und im Programm „FREI von TABAK“ der Bundesärztekammer [2] vorgeschlagen worden.

Wenn der Patient einer Entwöhnung zustimmt, dann entwirft der Arzt einen Aufhörplan. Dieser umfasst einen speziellen Katalog von Maßnahmen, die von wiederholten Ermahnungen über eine nichtmedikamentöse oder medikamentöse Therapie bis zu konsequenten Nachuntersuchungen reichen und nach einem angemessenen, dauerhaften Beratungskonzept überwacht und gesteuert werden. Aber die Entwöhnung ist kein einmaliges Ereignis, sondern ein langwieriger Lernprozess mit Rückschlägen, die Geduld auf beiden Seiten verlangen.

Zu den nichtmedikamentösen Therapiearten gehören die abgestufte Verringerung des Rauchens, verhaltenstherapeutische Methoden, Hypnose oder Akupunktur.

Die Nikotin-Ersatz-Therapie hat sich als weitaus effektiver erwiesen als jede andere Art ärztlich unterstützter Entwöhnung. Dabei wird, ähnlich wie bei Ersatzdrogen, Nikotin in Pflaster, Kaugummi oder Nasalspray eingebracht und so der Wunsch zu rauchen unterdrückt. Die Pharmakotherapie mit Bupropion sollte vorerst nur bei strenger Indikationsstellung und unter besonderer Beachtung der Kontraindikationen durchgeführt werden (s. Leitlinie der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft [13]).

Zum Erfolg muss allerdings auch dabei gesagt werden, dass es keine Wundermittel gibt. Eine dauerhafte Entwöhnung schaffen in England bisher kaum mehr als 5 % der Patienten, die es versucht hatten, in Deutschland werden 15 % angegeben. Das sollte den Arzt nicht entmutigen.

Außerdem nehmen sich die Pharmaindustrie und die Gesundheitsfürsorge immer mehr dieses Themas an, und erfolgversprechende Methoden und Techniken sind wohl zu erwarten.

In „*Ärzte und Tabak*“ [11] wird von einem Projekt berichtet, nach dem in britischen Hausarztpraxen eine spezielle Sprechstunde eingerichtet wurde, um Jugendliche, evtl. unter Einbeziehung der Eltern, zu beraten. Unerwartet viele der Jugendlichen, zwei Drittel der geladenen, kamen, um über ihre Gesundheit, auch über das Rauchen zu reden. Sie reagierten in ermutigender Weise darauf, dass mit ihnen wie mit Erwachsenen geredet wurde. Von den Rauchern schlossen zwei Drittel einen Vertrag mit dem Arzt, um zu versuchen, mit dem Rauchen aufzuhören. Auch den Eltern soll vorgeschlagen werden, mit den heranwachsenden Kindern einen ähnlichen Vertrag einzugehen und für den Erfolg geeignete Belohnungen auszusetzen. Seit März 1999 arbeitet das erste Raucherberatungszentrum in Deutschland, das Erfurter Raucherberatungszentrum des Institutes für Nikotinforschung und Raucherentwöhnung Erfurt unter Leitung von Professor Dr. med. Knut-Olaf Hausteин, in dem bisher nahezu 400 Raucher zur Entwöhnungsbehandlung aus allen Teilen des Landes beraten wurden.

### **Ärzte mobilisieren und unterstützen Politik und Wissenschaft**

Das wichtigste Ziel der Anti-Tabak-Kampagne ist, neben der beharrlichen Therapie in der Sprechstunde, die laufende Information und Aufklärung der Öffentlichkeit, wobei besonders ein Regelwerk gegen das Rauchen und Maßnahmen zu seiner Einführung favorisiert werden sollten. Bei der Medienarbeit sollten die Ärzte immer die Tatsache ausnutzen, dass sie als die verlässlichsten Experten in medizinischen Fragen angesehen werden, besonders in einer Zeit, wo das Misstrauen in alles Gehörte immer größer wird. In der Arbeitswelt sind die Arbeitsmediziner gefordert, dass das Rauchen an Arbeitsplätzen auf allen Ebenen thematisiert und bekämpft wird. Kinder- und Jugendärzte sollten versuchen, ihren Einfluss auf Kinder und Jugendliche zu nutzen. Umweltmediziner, die als ärztliche Berater auf irgend einer Ebene der

öffentlichen Verwaltung tätig sind, haben besondere Chancen, das Rauchen zu diskriminieren.

Schon viele Jahre beschäftigen sich nationale und internationale Behörden mit der Politisierung des Tabakproblems, und es gibt Erfahrungen und grundlegende Empfehlungen für geeignete Maßnahmen [3]. Die Tabakunternehmen versuchen immer wieder, die Regierungen davon zu überzeugen, dass die Durchsetzung der Tabakstrategie durch Selbstregulierung oder freiwillige Vereinbarungen besser ist als Gesetze. Selbstregulierung funktioniert gut für den Tabakabsatz, nicht für die Gesundheit. Dabei vereinbaren Tabakkonzerne und Regierung Bestimmungen für erlaubte Formen der Werbung und die Art der Warnhinweise auf die Schädlichkeit des Tabaks. Die Regierung verspricht, keine strengeren Kontrollen und Gesetze einzuführen!

Trotzdem wird für Tabak auf mehr Wegen geworben als für jedes andere Produkt. Auch Frauenzeitschriften sind Tummelplatz für die Werbung. Kinder werden regelmäßig als Klientel angesprochen! Dagegen erwähnt die Werbung niemals wirklich die Gefahren, die mit dem Rauchen verbunden sind. Aus den Ländern, die mit einem Werbeverbot Ernst gemacht haben, ist bekannt, dass besonders die Zahl rauchender Kinder zurückgegangen ist. Die Deutsche Gesellschaft für Nikotinforschung (DGNF e.V.) hat unter Federführung seines Vorsitzenden, Professor Dr. med. K.-O. Hausteин, im Mai 2001 ein „Memorandum zur Situation von rauchenden Kindern und Jugendlichen und den Möglichkeiten des Kinder- und Jugendarztes, sich verstärkt in die Primär- und Sekundärprävention einzuschalten“ [17] herausgegeben.

Die Experten sind sich darin einig, dass eine effektive Kontrolle des Tabakkonsums von harter nationaler Rechtsprechung unterstützt werden muss. Sie sollte keine Schlupflöcher lassen und folgende Bereiche umfassen:

- das Verbot jeder Tabakwerbung (verringert die Häufigkeit des Rauchens um 7 %),
- kontinuierliche Preiserhöhungen für Tabakwaren durch noch höhere Besteuerung,
- eindeutige, klar sichtbare Warnhinweise,
- ein Rauchverbot in der Öffentlichkeit als Norm,
- ein Verbot, an Kinder und Jugendliche Tabak zu verkaufen,
- die Reduktion der Zigarettengifte,
- den Rückzug aus jeglichen Subventionen für Tabakanbau,
- die Bekämpfung des Tabakwarenschmuggels,
- Nichtraucherchutzregelungen und
- jede Unterstützung für Personen, die mit dem Rauchen aufhören wollen.

In „*Ärzte und Tabak*“ [11] sind gerichtliche Strategien zur Durchsetzung der Tabakkontrolle beschrieben.

Im Jahre 1998 scheiterte die Ratifikation des Entwurfs eines umfassenden europaweiten Werbeverbotes für Tabakwaren unter anderem an den Klagen der deutschen und der österreichischen Regierungen zusammen mit Tabakkonzernen vor dem Europäischen Gerichtshof.

Der Europäische Gerichtshof hat im Oktober 2000 die von der Europäischen Union geplanten Werbebeschränkungen für unzulässig erklärt. Die Bundesregierung hat sich mit ihren juristischen Einwänden gegen das europaweite Tabakwerbeverbot durchsetzen können. Diese Einwände betrafen Zuständigkeitsfragen zwischen der Europäischen Union und den Mitgliedsstaaten. Optimistisch stimmt jetzt der Ende Mai 2001 erfolgte erneute Vorstoß der Europäischen Kommission für ein geplantes Verbot jeglicher Zigarettenwerbung, beschränkt auf Zeitschriften, Funk und Fernsehen sowie das Internet. Die EU-Kommission will außerdem die umstrittenen Subventionen für den Tabakanbau in der Union auslaufen lassen. Der 104. Deutsche Ärztetag im Mai 2001 in Ludwigs-hafen begrüßte diese Initiative. Darüber hinaus plant die Bundesregierung

ein verschärftes Jugendschutzgesetz, was Jugendlichen unter 16 Jahren das Rauchen generell verbietet.

Die Vorlage vom 31. Mai 2001 im Deutschen Bundestag verlangt einen weitergehenden Schutz von Nichtrauchern am Arbeitsplatz.

Auch in ihrem lokalen Umfeld gibt es für Ärzte neben ihrer ärztlichen Tätigkeit mit den Patienten mannigfache Möglichkeiten, beim Kampf gegen das Rauchen mitzuwirken. Solche Wirkungsbereiche sind Kampagnen

- für rauchfreie Krankenhäuser, Schulen und Freizeiteinrichtungen,
- um die Kommunalverwaltungen zu überzeugen, Tabakwerbung von kommunalem Eigentum und öffentlichen Verkehrsmitteln zu verbannen (es gibt in Deutschland 880 000 Zigarettenautomaten, die meisten auf öffentlichen Grundstücken),
- gegen örtliche Veranstaltungen, die von Tabakfirmen gesponsert werden.

Die wissenschaftliche Arbeit sollte dazu beitragen, den Missbrauch der Forschung durch die Tabakindustrie zu beobachten und dagegen vorzugehen. Solche Fälle von Missbrauch sind inzwischen gut dokumentiert, insbesondere durch die große Zahl von firmeninternen Papieren, die bei Gerichtsverfahren in den USA öffentlich wurden. Darunter sind Pläne zur Schaffung einer Sammlung falscher wissenschaftlicher Daten, um zu „beweisen“, dass Passivrauchen unschädlich sei, die Infiltration von scheinbar unabhängigen wissenschaftlichen Organisationen und die geheime Manipulation von vorgeblich unabhängigen internationalen Konferenzen zur Luftqualität.

Jüngst wurde von der Britischen Krebsgesellschaft ein Verhaltenskodex für die Praxis der Forschungsförderung durch Tabakkonzerne erarbeitet mit eben dem Ziel, die Infiltration der Forschung durch die Tabakindustrie zu verhindern [11]. Ein guter Ansatz wäre es, wenn die Europäische

Kommission mit dem neuen Vorschlag Ernst macht, dass Tabakfirmen bei internationalen Konferenzen künftig nicht mehr als Sponsoren auftreten dürfen.

Für alle diese Kampagnen gegen das Rauchen, braucht die Ärzteschaft gute Beziehungen

- zu Politikern, die mit den Informationen der Ärzte staatlich gestützte Maßnahmen durchsetzen,
- zu Journalisten, die die Öffentlichkeitsarbeit in den Medien professionell abwickeln und
- zu einer Gilde von Werbefachleuten, die den Anti-Tabak-Feldzug anschaulich gestalten.

#### **Interne Maßnahmen für Ärzte und Ärzteverbände**

Das Interesse der Ärzte, gegen das Rauchen vorzugehen, soll sich auch in ihrem eigenen Rauchverhalten sowie in geeigneten internen Maßnahmen widerspiegeln. So soll erreicht werden, dass das Meinungsklima über das Nichtrauchen günstiger wird.

Heute rauchen in Deutschland noch 20 % der Ärzte, dagegen in Großbritannien 10 % und in den USA sogar nur 3 %.

In Schweden wurden die Raucherquote und die Einstellung zum Rauchen unter den Ärzten 30 Jahre lang unter einer Stichprobe von 5 % des Berufsstandes aufgezeichnet. In dieser Zeit sank der Anteil der täglichen Raucher von 46 % auf 6 %. Und unter den Rauchern sank die Zahl der Zigaretten von 13 auf 5 Stück täglich. Der Anteil der Ärzte, die als Motiv angaben, Vorbild sein zu wollen, stieg von 10 % auf 71 %. Derzeit rauchen dort Hausärzte am wenigsten (4 %) und Psychiater am meisten (11 %) [11].

#### **Für Ärzteverbände wird empfohlen,**

- weiterhin Umfrageergebnisse in den verbandseigenen Publikationen, später auch in der externen

medizinischen Presse und zuletzt in allen Medien zu verbreiten,

- Räumlichkeiten der Ärzteverbände rauchfrei zu machen, wie es in England, den Niederlanden, der Slowakei, der Schweiz und in Georgien bereits durchgesetzt wurde,
- Rauchen in Konferenzräumen streng zu untersagen, wie es in Deutschland bereits Sitte ist,
- Hilfestellung für Ärzte bei der Aufgabe des Rauchens zu geben,
- eine Aktionsgruppe im Ärzteverband gegen das Rauchen zu gründen und
- die Aktien der Tabakindustrie aus den eigenen Investmentfonds zu eliminieren.

Es liegt auf der Hand, dass solche Maßnahmen einen entsprechend langen Atem verlangen und Mitarbeiter in leitenden Funktionen einbeziehen müssen.

Wenn quasi das eigene Haus in Sachen Rauchfreiheit bestellt ist, können die Berufsverbände den Kampf gegen das Rauchen über ihren Berufsstand hinaus ausweiten mit dem Ziel, die Reglementierung des Rauchens auf nationaler Ebene zu erreichen. Dabei muss von vorn herein klar sein, dass das ein langes und schwieriges Unterfangen wird, denn der Gegner hat eine mächtige Lobby.

Mit der Entwicklung von Empfehlungen zur Beratung und Behandlung der Tabakabhängigkeit hat die Ärzteschaft einen wesentlichen Beitrag für die Unterstützung vieler Raucher auf dem Weg zur Aufgabe ihrer Sucht vorgelegt. Nun sind die Gesundheitspolitik und die Krankenkassen aufgefordert, die Rahmenbedingungen zu schaffen, dass für jeden Aufhörwilligen die Hürden zur Raucherentwöhnung so niedrig wie möglich werden.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Barbara Gamaleja  
Ärztin in der Geschäftsführung  
für medizinische Sachfragen