

# Präventive Strategien des Nikotinabusus

Nachdem der Gesandte Jean Nicot am Beginn des 16. Jahrhunderts die Tabakpflanze (*Nicotiana Tabacum*) nach Europa gebracht hatte, beherrschte der Konsum derselben nahezu die gesamte Bevölkerung. Die Epidemiologie des Nikotinkonsums der Gegenwart weist das Phänomen auch in einer gesundheitlich aufgeklärten Bevölkerung in der Bundesrepublik auf eindrucksvolle Weise auf. In Deutschland werden täglich 386 Mio. Zigaretten, 9 Mio. Zigarren, 40 Tonnen Feinschnitttabak und 2 Tonnen Pfeifentabak geraucht. Im Jahre 2000 betrug der Anteil der erwachsenen Raucher 39 % der Männer und 31 % der Frauen. 5,8 Mio. der 18 – 59-jährigen Bevölkerung rauchen mehr als 20 Zigaretten am Tage. 25 % der 15-jährigen Schüler und 22 % der Schülerinnen sind Raucher. Bis auf Tabakrauchen attribuerbare Mortalitätsrate betrug für Frauen 9,2 %, für Männer 26,2 % (John 2001). Das entspricht etwa 100.000 Menschen im Jahr.

Etwa 6 Mio. Tabakabhängigen stehen 1,6 Mio. Alkoholranke und 150000 Drogenabhängige in Deutschland gegenüber (BÄK intern 2002). Die Einnahmen des Staates aus der Tabaksteuer sind erheblich (etwa 21 Milliarden €)

die materiellen Verluste durch die Folgekrankheiten dürften die Summe übersteigen. Gegen die Stimmen von Deutschland und Großbritannien hat der EU-Ministerrat am 2.12.02 ein weitreichendes Tabakwerbe- und Sponsoringverbot ausgesprochen, welches ab 2005 wirksam werden soll (BÄK intern Jan. 2002). Die Haltung der Bundesregierung in dieser Angelegenheit zeigt, wie ambivalent die Gesellschaft mit dem Problem umgeht. Diese Ambivalenz wird genährt durch Phänomene unterschiedlicher Art: die körperlichen und sozialen Folgen des schädlichen Konsums treten erst Jahrzehnte nach dem Konsumbeginn ein; Paradoxien der Einstellungen der Bevölkerung kommen hinzu: mit dem Begriff Droge wird Suchterzeugung connotiert, mit dem Begriff Tabak aber Genussmittel. Die Zigarettenwerbung stellt den Raucher als jung, überlegen und sexy dar. Jugendliche stehen nicht selten vor der paradoxen Situation, dass die Ermahner zugleich Konsumenten sind (Trimper 1999).

Rauchen ist eine Form der Abhängigkeit und damit haben in erster Linie Ärzte die Verantwortung für das Problem.

*Tabelle 1: Kriterien der Nikotinabhängigkeit*

- der Zwang zu rauchen
- Kontrollverlust bezüglich Beginn und Menge
- das Auftreten von Entzugserscheinungen
- Mengensteigerung
- Vernachlässigung anderer Tätigkeiten zugunsten des Rauchens
- fortgesetztes Rauchen trotz Kenntnis der schädlichen Folgen

*Tabelle 2: Kriterien der Nikotinentzugssymptomatik*

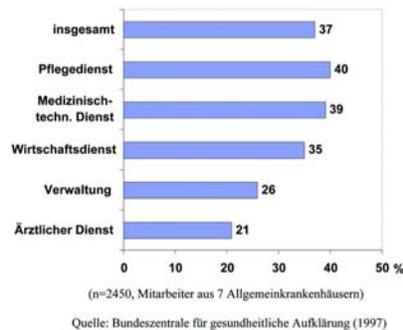
- A: täglicher Konsum
- B: Beendigung oder Reduzierung des Konsums führt zu mindestens 4 Symptomen von
  - Dysphorie
  - Schlaflosigkeit
  - Ablenkbarkeit, Ärger
  - Konzentrationsstörung
  - Unruhe
  - gesteigerter Appetit
- C: Die Symptome von B führen zu Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Bereich
- D: Die Symptome gehen nicht auf andere körperliche oder psychische Störungen zurück

Die genannten Gründe führen dazu, dass es die Nikotinprävention schwer hat und die Mediatoren einer wirkungsvollen Prävention (Ärzte, Schwestern, Lehrer u.a.) selbst eher ambivalent eingestellt sind, obwohl präventive Strategien sinnvoll sein können wie viele Studien belegen. In den USA wurde vor etwa 20 Jahren ein Tabakrauchen – Krebsprogramm eingeführt, welches die Qualifikation der Ärzte in den Mittelpunkt rückte. Das Ergebnis war, dass, wenn nur 50 % der Ärzte ihre rauchenden Patienten entsprechend beraten würden und nur 10 % den Rat befolgen würden, in den USA jährlich 2 Millionen Menschen zu rauchen aufhören würden. Eine Raucherentwöhnungskampagne in Australien (Australias National Tobacco Campaign nach Kröger 2002), die mit massiven Angstappellen arbeitete und erwachsene Raucher als Zielgruppe hatte, führte zum Rückgang der Raucherprävalenz um 1,8 % (auf Deutschland bezogen würde das knapp 100.000 Aussteiger bedeuten). 67 % der Raucher äußerten demnach Aussteigermotivation und 86 % der Nichtraucher fühlten sich in ihrer Haltung bestätigt. Entsprechende Studien, die Massenmedien professionell einbeziehen, aus England und Kanada belegen dies. Die John-Cleese-Campaign von 1992 – 1995 in England führte zu Spots im Fernsehen, in denen ein bekannter Komiker einbezogen war. Die Prävalenz der Konsumenten sank um 1,2 %.

Bei den präventiven Strategien sind einige Probleme zu bedenken. Studien zur Frage, welche Botschaften das Konsumverhalten beeinflussen, erwiesen, dass Hinweise auf gesundheitliche Risiken am wenigsten wirksam waren. Die Konsumenten wissen in der Regel, was sie tun, wenn sie sich eines Suchtmittels bedienen. Hingegen waren Themen, die die Tabakindustrie delegitimieren („die manipulieren euch, die verdienen an eurem Verhalten“) und das Problem des Passivrauchens effektiver.

Mit Fragen der Suchtprävention von Jugendlichen haben sich hier in Sachsen Studien der Arbeitsgruppe Prof. Dr. Petermann (Leipzig) befasst (zum Beispiel. Leppin, Hurrelmann, Petermann 2000, Petermann et. al. 2002). Die Autoren stellen zunächst einen positiven Trend zur Senkung des Nikotinkonsums Ende der 90iger Jahre fest. Sie leiten aus einer

Rauchverhalten von Krankenhausmitarbeitern 1995/96



Typologie jugendlicher Nichtraucher ein Konzept präventiver Lebenskompetenz ab, dass den Einstieg in den Konsum verhindern kann. Dazu gehören ausgewählte Informationen, Steigerung des Selbstwertgefühls, Vermittlung von Lebensbewältigungsfertigkeiten (Stressmanagement, Problemlösungsfertigkeiten, Angstbewältigung) und Erhöhung der Selbstwirksamkeitseinstellung. Diese Strategien, die die Drogendistanz aufrechterhalten bzw. erhöhen soll, spielen sich gleichsam im vormedizinischen Bereich (zum Beispiel in der Schule) ab. Dabei ist personale Kommunikation der entscheidende Punkt der Intervention. In diesem Feld der persönlichen Intervention liegen auch die Einwirkungsmöglichkeiten der Ärzte und besonders der Hausärzte. Die Ärzte haben in der Gesellschaft ein hohes Prestige und damit eine hohe Akzeptanz in ihren Verlautbarungen. Jeder Süchtige konsultiert zu irgendwelchen Zeitpunkten seinen Arzt oder er ist durch stationäre Behandlung unter unmittelbarem ärztlichen Einfluss. Auf diese Weise können High-risk-Gruppen (Schwangere, Jugendliche, Herz-Kreislauf-erkrankte...) angesprochen werden. Leider kommt hier die obengenannte Ambivalenz wieder zum Vorschein. 25 % der Ärzte rauchen selbst!

In Krankenhäusern und Praxen muss Nikotinfreiheit erreicht werden. Auch hier haben amerikanische Studien bemerkenswerte Effekte gezeigt. (Kurt 1989) Strategisch ging man dabei so vor, dass im Krankenhaus ein Teamkoordinator benannt wurde, der den Prozess zum nikotinfreien Krankenhaus langfristig ideell vorbereitet. Zunächst wurden Raucherzonen geschaffen, die zunehmend reduziert wurden. Jeder Raucher wurde auf der Krankenkurve gekennzeichnet. Bei Visiten erfolg-

ten entsprechende Hinweise. Entwöhnungspläne wurden angeboten und gegebenenfalls pharmakologische Unterstützung eingeleitet. Allgemeine Ratschläge zum Beginn des Nichtrauchens sind: sofort aufhören, Zigaretten aus dem Haus, Kleider geruchlos machen, Rauchern aus dem Weg gehen, Gewichtszunahme zunächst in Kauf nehmen. Erforderlichenfalls (Raucher mit hohem Konsum – 40 Zigaretten und mehr) Nikotinpflaster oder ähnliches verwenden. Sie senken die Rückfallgefahr nachweislich.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die wichtigsten Maßnahmen für Ärzte kurativ bzw. präventiv bezüglich Nikotinkonsum wirksam zu werden sind:

- selbst nicht rauchen,
- Raucher identifizieren und regelmäßig den schädlichen Konsum zur Sprache bringen,
- Entwöhnungspläne mit den Patienten aufstellen,
- Krankenhäuser und Praxen rauchfrei machen,
- Einfluss auf andere Mediatoren (zum Beispiel Lehrer) nehmen,
- Antiraucherkampagnen der Medien im persönlichen Kontakt mit Patienten verstärken,
- Entwöhnungsmotivationen patiententypisch fördern.

Befunde aus der Prädiktorforschung belegen, dass günstige Faktoren eines Konsumabbruchs starke Motivation des Konsumenten, hohe Selbstwirksamkeit und ein supportives Netzwerk sind. Dagegen belasten starke Abhängigkeit, psychiatrische Komorbidität und hohes Stressniveau die Prognose. An die Politik sind bezüglich der Suchtprävention Ansprüche zu stellen, die ein menschenwürdiges Leben aller sozialen Schichten sichert, die Jugend in den Mittelpunkt der Sorge und Fürsorge stellt, Frühinterventionsprogramme fördert, die einen möglichst frühen Einsatz des Neugier- und Probierkonsums von Kindern zu erreichen versuchen. Es sind aber auch repressive Maßnahmen (Werbespots, Sponsoringverbote, Tabaksteuererhöhungen uvam.) sinnvoll.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
Prof. Dr. med. habil. Otto Bach  
Vorsitzender der Sächsischen Akademie  
für ärztliche Fort- und Weiterbildung