

Stationäre Rauchertherapie

Mit einer dreiwöchigen stationären Rauchertherapie haben sogar stark nikotinabhängige Raucher eine gute Chance, Tabak-Abstinenz zu erreichen. Die weit verbreitete Angst, wonach das Rauchverlangen auch in der rauchfreien Zeit aufrecht bleibt, ist überwiegend unbegründet. Bei den meisten Entwöhnten ist das nach einem Jahr kein Thema mehr.

Von Rudolf Schoberberger*

Einleitung

Viele Raucher sind mit ihrem Tabakkonsum unzufrieden. So geht aus der Erhebung eines österreichischen Meinungsforschungsinstituts hervor, dass knapp ein Viertel der Raucher reduzieren und ein Drittel ganz aufhören will. Laut Eurobarometer haben 61 Prozent derjenigen, die im EU-Raum aktuell Tabak konsumieren, bereits versucht, das Rauchen aufzugeben; in Österreich sind es 37 Prozent. Warum solche Entwöhnungsversuche gar nicht durchgeführt werden oder zum Scheitern verurteilt sind, mag unter anderem daran liegen, dass aufgrund des Rauchstopps immer wieder Nachteile befürchtet werden, die nur schwer verkräftbar sind. So wird häufig vermutet, dass einerseits das Rauchverlangen oder Entzugserscheinungen unerträglich sein werden und andererseits wirkliche Vorteile durch die Tabakabstinenz sich kaum einstellen werden. Die Erfahrung zeigt, dass diese Einstellungen meist umso ausgeprägter sind, umso stärker die Nikotinabhängigkeit ist.

Nikotinabhängigkeit als Barriere

Rauchen ist nicht nur eine gesundheitsriskante Gewohnheit, sondern führt in 70 bis 80 Prozent der Fälle zu einer Nikotinabhängigkeit. Daraus ergibt sich die Konsequenz, dass mindestens 50 Prozent der Raucher eine tabakassoziierte Organerkrankung entwickeln, die zum vorzeitigen Tod führt. Der Grad der Nikotinabhängigkeit kann allerdings sehr differieren und mittels Fagerström-Test (Fagerström Test for Nicotine Dependence = FTND) mit guter Wahrscheinlichkeit erhoben werden. In diesem Zusammenhang hat sich schon in früheren Studien gezeigt, dass dort, wo Tabakkontrollmaßnahmen erfolgreich zum Einsatz kommen wie etwa in den USA die verbleibenden Raucher höhere FTND-Werte aufweisen als in Ländern mit höherer Raucherprävalenz. In einem Literaturreview wurde neben psychologischem Distress die Nikotinabhängigkeit als wesentlicher Faktor für das fortgesetzte Rauchen identifiziert. Nicht nur, dass höhergradige Nikotinabhängige

es offenbar deutlich schwerer haben, das Rauchen einzustellen, ernähren sich diese gegenüber weniger stark Nikotinabhängigen Tabakkonsumenten auch signifikant ungesünder, machen weniger körperliche Bewegung und weisen einen gesundheitsgefährdenderen Alkoholkonsum auf.

Stationäre Rauchertherapie

Verschiedene österreichische Krankenkassen¹ bieten ihren Versicherten die Möglichkeit einer stationären Raucherentwöhnung an. Mit der Wiener und der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse besteht eine Kooperation des Instituts für Sozialmedizin (Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien) in Bezug auf Rekrutierung, Supervision und Evaluation. Nach ärztlicher Begutachtung in der Krankenkasse hinsichtlich Dringlichkeit der Tabakabstinenz aufgrund vorliegender tabakassoziiierter Krankheiten oder Risikofaktoren werden die in Frage kommenden Kandidaten an



TAG 1

Erkennen der individuellen Auslöser für das Rauchverlangen



das Institut für Sozialmedizin Wien zur weiteren Abklärung überwiesen. In diesem zweiten Rekrutierungsschritt werden vor allem die Kriterien für eine stationäre Aufnahme (deutliche Nikotinabhängigkeit, Motivation zur Mitarbeit, Gruppentauglichkeit) sowie zusätzliche Aspekte aus dem Bereich Lebensstil und Umgang mit Gesundheit und Krankheit erfasst und auf einem standardisierten Erhebungsinstrument (Fragebogen) festgehalten. Im Fall einer positiven Beurteilung werden die Patienten innerhalb von etwa drei Monaten einer dreiwöchigen stationären Rauchertherapie unterzogen. Sechs und zwölf Monate nach dem Aufenthalt wird eine Nachuntersuchung durchgeführt, die jene Aspekte überprüft, welche bei der Rekrutierung ermittelt wurden.

Charakteristika von Patienten

Aufgrund des Rekrutierungsverfahrens werden in der stationären Rauchertherapie Raucher betreut, die sich wesentlich von jenen unterscheiden, die man bei einer repräsentativen Erhebung erwarten würde. Laut einer Stichprobe von Teilnehmern an der stationären Rauchertherapie der Oberösterreichischen GKK ($n = 270$) rauchen „stationäre Patienten“ im Schnitt etwa 31,9 Zigaretten täglich, wobei der durchschnittliche Tageskonsum bei der rauchenden österreichischen Bevölkerung laut Eurobarometer 18,3 Stück beträgt. Mehr als ein Fünftel hat bereits in sehr jungen Jahren – vor dem 15. Lebensjahr – mit dem Rauchen begonnen (23,7 Prozent), was in der Gesamtbevölkerung nur einen Anteil von zehn Prozent ausmacht. 40,4 Prozent hatten noch keine Vorbehandlung bezüglich des Tabakkonsums. In der Gesamtbevölkerung haben 63 Prozent der Tabakkon-

sumenten noch nie versucht, das Rauchen aufzugeben. Die starke Nikotinabhängigkeit zeigt sich in den hohen durchschnittlichen CO- (24,9 ppm) und FTND-Werten (7,25). Der im Rahmen einer für Österreich repräsentativen Studie ermittelte FTND-Wert beträgt 3,59.

Da das Vorliegen einer tabakassoziierten Gesundheitsstörung ein Aufnahmekriterium darstellt, weisen 63 Prozent der Betreuten Atemwegserkrankungen, 47,4 Prozent Herz-/Kreislaufkrankungen, 28,9 Prozent Stoffwechselerkrankungen und 28,9 Prozent andere Erkrankungen auf.

Unterschiede bei Männern und Frauen

Wenngleich Männer (M) einen höheren durchschnittlichen Zigarettenkonsum als Frauen (F) aufweisen (M: 34,9 Stück/Tag, F: 28,2 Stück/Tag; $p = 0,000$), höhere FTND-Scores erreichen (M: 7,6, F: 6,8; $p = 0,001$) und auf mehr „Pack-Years“² kommen (M: 55,3, F: 45,2; $p = 0,000$), zeigt sich kein signifikanter Unterschied bei den CO-Werten (M: 26,0 ppm, F: 23,6 ppm; $p = 0,080$).

Vermehrtes Rauchen kommt bei beiden Geschlechtern häufig bei Stress (54,8 Prozent), bei Unruhe (54,1 Prozent), aus Gewohnheit (54,1 Prozent), in Gesellschaft (42,6 Prozent) und bei Langeweile (42,2 Prozent) vor. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind in einigen Situationen aber doch vorhanden: So greifen Frauen häufiger dann vermehrt zur Zigarette, wenn sie Angst verspüren (M: 26 Prozent, F: 39,2 Prozent; $p = 0,015$), eine Gewichtszunahme aufgrund von Essverlangen fürchten (M: 14 Prozent, F: 31,7 Prozent; $p = 0,000$) oder mit Verdauungsproblemen kämpfen (M: 4,7 Prozent, F: 16,7 Prozent; $p = 0,001$). Während 49,3 Prozent

der Männer noch nie professionelle Hilfe zur Raucherentwöhnung in Anspruch genommen haben, ist dieser Prozentsatz bei Frauen mit 29,2 Prozent doch deutlich niedriger ($p = 0,002$). So haben auch 32 Prozent der männlichen Raucher seit ihrem Rauchbeginn noch keine tabakfreie Periode erlebt, während bei den weiblichen Tabakkonsumenten nur 14,2 Prozent auf keine derartigen Erfahrungen zurückgreifen können ($p = 0,001$).

Obwohl das Klientel der stationären Rauchertherapie sehr oft mit zusätzlichen Problemen konfrontiert ist, fällt doch auf, dass Frauen häufiger depressive Stimmungslagen angeben als Männer (M: 40,7 Prozent, F: 52,5 Prozent; $p = 0,018$). Bei Schlafstörungen (M: 46,7 Prozent; F: 53,3 Prozent; $p = 0,198$) und früherer Therapie wegen Alkoholabhängigkeit (M: 13,3 Prozent, F: 7,5 Prozent; $p = 0,106$) zeichnen sich keine signifikanten Differenzen ab.

Diagnose

Die Diagnosekriterien für die Aufnahme eines Rauchers in die stationäre Entwöhnung umfassen drei Schwerpunkte (siehe auch Abb. 1):

- Die als Nikotin-Prä-Abstinenz-Syndrom (NPAS) bezeichnete Einstellung zum eigenen Rauchverhalten soll den deutlichen Wunsch zur Tabakabstinenz signalisieren.
- Eine ausgeprägte Nikotinabhängigkeit (stoffliche Abhängigkeit) soll anhand verschiedener Kriterien nachweisbar sein.
- Das Rauchverhalten soll keine Hinweise liefern, die für eine Tabakentwöhnung aktuell unüberwindbare Barrieren erkennen lassen.



¹ (VAEB, WGKK, ÖGKK, BKKWVB, SVA, andere Krankenkassen möglicherweise nach Rückfrage)

² Pack Year = Zahl der täglich konsumierten Zigarettenpackungen multipliziert mit der Zahl der Raucherjahre

TAG 3 Die möglichen Rauchplätze werden sukzessive reduziert.

» Nikotinabhängigkeit

Laut ICD-10 beziehungsweise DSM-IV gibt es für die Bewertung der Nikotinabhängigkeit – außer im Zusatzcode für die Substanzklasse – keine Unterscheidung zum „Abhängigkeitssyndrom“ bei anderen psychotropen Substanzen.

Die Diagnose „Abhängigkeit“ (F17.2) soll dann gestellt werden, falls während der letzten zwölf Monate drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

- ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren;
- eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums (Kontrollverlust);

- ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu vermeiden oder zu mildern;
- Nachweis einer Toleranz, das heißt eine deutliche Steigerung der Dosis, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu schweren Beeinträchtigungen oder sogar zum Tode führen würden;
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums; erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von der Folge der Einnahme zu erholen;

- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutig schädlicher Konsequenzen.

Der „Fagerström Test for Nicotine Dependence“ (FTND) gibt rasch und mit guter Wahrscheinlichkeit an, in welchem Grad – Score von 0 bis 10 – eine Nikotinabhängigkeit anzunehmen ist. Es hat sich bewährt, Tabakkonsumenten hinsichtlich ihres Abhängigkeitsniveaus in drei Gruppen einzuteilen:

- Score 0 bis 2: sehr geringe (keine) Nikotinabhängigkeit
- Score 3 bis 4: geringe Nikotinabhängigkeit
- Score 5 bis 10: mittlere bis hohe Abhängigkeit

Mit der Überprüfung des Kohlenmonoxidgehalts (CO) in der Ausatemluft lassen sich subjektiv erhobene Daten ►►

Diagnostik des Rauchverhaltens

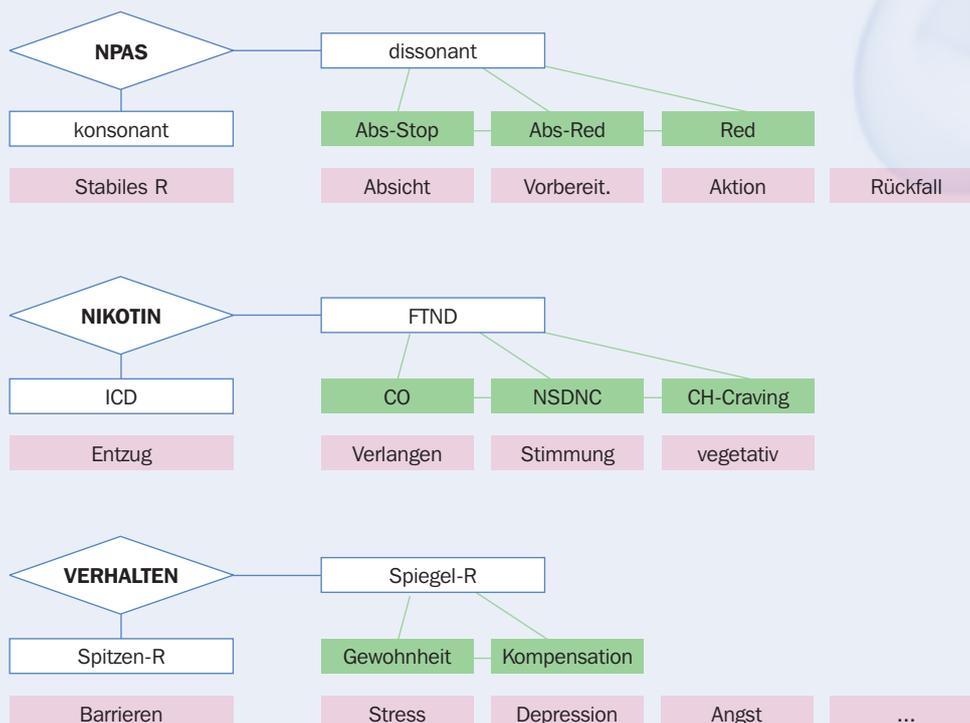


Abb. 1

TAG 5

Unterstützende Maßnahmen werden angeboten.

TAG 8

Die rauchfreie Zeit beginnt.

TAG 10

» von Raucher Klienten objektivieren. Nicht-raucher erreichen Werte von 0-10 ppM, „Leichtraucher“ Werte von 11-20 ppM, und „Starkraucher“ Werte von 21-100 ppM. Die erhobenen CO-Werte sollen mit dem Ergebnis beim FTND in Beziehung gebracht werden. Ist der FTND hoch, der CO-Wert jedoch niedrig oder umgekehrt (FTND niedrig, CO-Wert hoch) liegt ein abklärungsbedürftiges inkongruentes Ergebnis vor.

Nächtliches schlafraubendes Nikotinverlangen (Nocturnal Sleep Disturbing Nicotine Craving/NSDNC) kann ein zusätzlicher Hinweis für starke Nikotinabhängigkeit darstellen.

Personen, die sich selbst als Kohlenhydrat-abhängig (Carbohydrate-/CH-Craving) bezeichnen, verspüren mitunter zwischen den Mahlzeiten ein zwanghaftes Verlangen nach Kohlenhydrat-haltigen Speisen. Raucher, die – möglicherweise aufgrund ihrer Nikotinabhängigkeit – immer wieder dieses intensive Verlangen nach Kohlenhydraten erleben, sind – selbst dann, wenn sie dem Kohlenhydratverlangen bisher nicht nachgeben, aber vielleicht in

dieser Situation mit dem Rauchen einer Zigarette reagieren – in höchstem Ausmaß gefährdet, ihre Raucherentwöhnung nicht durchzuhalten. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn Patienten Angst vor Gewichtszunahme haben und aus ästhetischen Gründen den Tabakkonsum dem Übergewicht vorziehen. Im Vorfeld wären hier schon geeignete Alternativ-Verhaltensweisen wie etwa sportliche Betätigung oder Entspannungsmethoden zu überlegen, um Bewältigungsstrategien für diese Gelegenheiten anzubieten, in denen sich der Patient offenbar durch Nikotinzufuhr oder Kohlenhydrataufnahme seine Stimmung aufhellen möchte.

Massive Entzugssymptome wie unstillbares Verlangen, Stimmungsschwankungen oder vegetative Störungen können das Vorliegen einer Nikotinabhängigkeit untermauern.

Rauchverhalten

„Spiegelrauchen“, bei dem der Raucher in relativ regelmäßigen Abständen über den Tag verteilt zur Zigarette greift, ist häufig durch eine vorliegende Nikotin-

abhängigkeit evoziert. Beim „Spitzenrauchen“ sind es meist ganz bestimmte Situationen, die ein vermehrtes oder ausschließliches Rauchen verursachen. Gewohnheits- und Kompensationsmechanismen können das Rauchverhalten entscheidend beeinflussen. Besonders zu beachten sind eventuelle gravierende Barrieren, die eine Kontraindikation für eine stationäre Rauchertherapie darstellen. Nicht bewältigte Stresssituationen, ausgeprägte Depressionen, massive Ängste etc. wären im Vorfeld zu behandeln.

Therapie

Ablauf

Während etwa die Mayo-Klinik ein acht Tage umfassendes Programm anbietet, dauert die stationäre Rauchertherapie in Österreich 20 Tage und gliedert sich in drei Abschnitte:

Die erste Woche dient dem Erkennen der individuellen Auslöser und Ursachen für das Rauchverlangen, wobei das Rauchen noch erlaubt wird. Allerdings werden bereits sukzessive die möglichen Rauchplätze reduziert, entsprechende unterstützende Maßnahmen eingeleitet und medikamentöse Therapie (Nikotinersatz, Bupropion, Varenicline) angeboten.

In der zweiten Woche beginnt die rauchfreie Zeit, die mittels CO-Messung auch entsprechend überprüft wird. Die Teilnehmer lernen nun Alternativen zum Rauchen kennen und einzusetzen. Mit Hilfe von Krisenplänen werden eventuelle Gefahrenpunkte reflektiert und analysiert.

Im letzten Abschnitt in der dritten Woche werden sowohl im Rollenspiel als auch in vivo diverse Grenzsituationen durchlebt. Durch diese Art der Desensibilisierung soll eine Stabilisierung des Nicht-raucher-Verhaltens erreicht und Rückfall-

Nikotin-Prä-Abstinenz-Syndrom (NPAS)

Die Einstellung des Tabakkonsumenten bezüglich seines Rauchverhaltens (Nikotin-Prä-Abstinenz-Syndrom, NPAS) ist ein wichtiges Diagnosekriterium. Neben den konsonanten Rauchern, die mit ihrem Rauchverhalten zufrieden sind und im Moment nicht daran denken, innerhalb der nächsten fünf Jahre etwas verändern zu wollen, gibt es die Gruppe der dissonanten oder unzufriedenen Raucher. Die dissonanten Raucher unterteilen sich in die Gruppe jener, die ihren Tabakkonsum lediglich reduzieren oder ihr Rauchverhalten – spontan oder über die Reduktion – einstellen wollen. Das Transtheoretische Modell von Prochaska und DiClementi differenziert nach verschiedenen Stufen des Rauchverhaltens - vom stabilen Rauchen über die Entwöhnungsabsicht zu einer Art Vorbereitungszeit, schließlich zur konkreten Aktion, eine Raucherentwöhnung durchzuführen. Ein Raucher kann sich auch in der Phase des Rückfalls befinden, wenn ein Entwöhnungsversuch nicht den dauerhaften Erfolg gebracht hat. Weist das NPAS darauf hin, dass die Bereitschaft zur Tabakabstinenz noch nicht zwingend vorhanden ist, ist entsprechende Motivationsarbeit zu leisten, bevor eine stationäre Rauchtherapie in Angriff genommen wird.

Alternativen zum Rauchen werden eingesetzt.

TAG 12

Mit Krisenplänen werden Gefahrenpunkte analysiert.

prophylaxe effektiv betrieben werden. Ein wesentlicher Aspekt ist, dass sich die Patienten drei Wochen nicht in ihrer Alltagssituation und ihrem sozialen Umfeld befinden und unter diesen besonderen Umständen die Erfahrung machen können, auch ohne Zigaretten auszukommen.

Nach sehr ähnlichen Konzepten wird dieses Programm in der Grazer Vorsorgeeinrichtung „Josefhof“ und der Kuranstalt „Linzerheim“ in Bad Schallerbach angeboten. Das Therapieangebot in Bad Schallerbach etwa sieht folgendermaßen aus:

Angebot

Ärztliche Betreuung	Nach Bedarf
Psychosoziale Betreuung	21 Std.
Psychosoziales Einzelgespräch	> 1 Std.
Herz-Kreislauftraining	21 Std.
Atemtraining	7,5 Std.
Mentales Entspannungstraining	10 Std.
Entspannungstraining	12 Std.
Ernährungsberatung, Lehrküche	3 Std.
Physikalische Therapie, Massagen	1 Std.
Biofeedback	Nach Bedarf

Quelle: Starzer-Eidenberger, B. (2005). Masterthesis, Zentrum für Psychoziale Medizin, Donau-Universität Krems

Monatliche Treffen (Jour fixe) im Anschluss an den stationären Aufenthalt und Einladungen zu Nachfolgeuntersuchungen nach sechs und zwölf Monaten vervollständigen das Programm.

Entwöhnungserfolg

Wie eine Evaluation einer Stichprobe von 270 Personen, die zwischen 2003 und 2011 an einer stationären Rauchertherapie teilgenommen hatten, zeigt, können so gut wie alle Teilnehmer ihren Tabakkonsum in den letzten zwei Wochen des stationären Aufenthaltes, wie vorgesehen, einstellen. Bei der Halbjahresnachuntersuchung (NU1) sind Daten von 199 Personen vorhanden. 44,8 Prozent

der Patienten haben angegeben, seit der stationären Rauchertherapie nicht mehr zu rauchen. Weitere 17,8 Prozent haben ihren Rauchkonsum reduziert; 11,1 Prozent sind in ihre alten Rauchgewohnheiten wieder zurückgefallen. Von 71 Teilnehmern (26,3 Prozent) konnten keine Nachuntersuchungs-Ergebnisse ermittelt werden.

Bei der Jahresnachuntersuchung (NU2) stehen Daten von 207 Personen zur Verfügung. Nach einem Jahr waren 42,6 Prozent Nichtraucher (NR) und 23,3 Prozent Raucher (R), wobei sich der Anteil der Raucher mit reduziertem Konsum auf 10,7 Prozent verringerte. Die Daten von 63 Personen (23,3 Prozent) konnten bei der NU2 nicht erfasst werden. Der Rauchstatus wurde bei den Patienten mittels CO-Messung in der Ausatemluft überprüft. Mit dem signifikanten Rückgang von 23,8 auf 2,2 ppm bei NU1 und 3,0 ppm bei NU2 bei den Nichtrauchern konnten deren Angaben verifiziert werden. Bei den weniger erfolgreichen Patienten, den Rauchern, verringerte sich der CO-Wert ebenfalls, aber bei weitem nicht so sehr: von 26,2 ppm bei Beginn der stationären Rauchertherapie auf 21,2 ppm bei NU1 sowie auf 19,9 ppm bei NU2. Bei der Rekrutierung der Patienten wurde übrigens kein signifikant unterschiedlicher CO-Wert bei den später erfolgreichen und weniger erfolgreichen Patienten festgestellt.

Im Rahmen der stationären Rauchertherapie hat sich kein signifikanter Unterschied im Erfolg bei Männern und Frauen ergeben. So ist der Prozentsatz an Ex-Raucherinnen bei der Jahresnachkontrolle mit 42,5 Prozent nur geringfügig niedriger als bei den Männern (42,7 Prozent), dafür aber ist der Anteil der reduzierten Raucherinnen mit 15 Prozent doch um einiges – aber nicht signifikant – höher als der Prozentsatz reduziert rauchender Männer (7,3 Prozent).

Therapieeffekte

Abhängigkeitsindikatoren

Ebenso wurden Therapieeffekte im Vergleich zwischen erfolgreichen (Nichtraucher = NR) und weniger erfolgreichen (Raucher = R) Teilnehmern erhoben.

Für jene Patienten, die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchungen abstinent (NR) sind, werden die Fragen des FTND nicht wie in der ursprünglichen Form nach dem Verhalten, sondern nach dem Verlangen formuliert. Vergleicht man nun die mittleren Scores der Nichtraucher, so reduzieren sich diese von der Rekrutierung (6,71) bis zur NU1 signifikant auf 2,41 ($p = 0,000$), um sich dann bis zur NU2 auf einem noch etwas niedrigeren Niveau einzupendeln (1,32; $p = 0,075$). Interessanterweise erfahren die FTND-Werte auch bei Rauchern – die bei Rekrutierung, NU1 und NU2 den gleichen „Verhaltens“-FTND vorgegeben bekamen – von 7,04 (Rekrutierung) eine statistisch gesicherte Reduzierung auf 4,21 bei der NU1 ($p = 0,000$) und bleiben bis zur NU2 mit 4,10 Punkten ($p = 0,193$) stabil, wenngleich diese Werte signifikant höher sind als bei den Nichtrauchern ($p = 0,000$).

Das subjektive Rauchverlangen bezogen auf die vergangenen 30 Tage wird auf einer Likert-Skala von 0 bis 100 erhoben, wobei 0 „Abneigung gegen Zigaretten“, 50 „Gleichgültigkeit“ und 100 „starkes Verlangen“ signalisiert. Nichtraucher starten mit einem Durchschnittswert von 79 und weisen mit 47 bei der NU1 beziehungsweise 30 bei der NU2 deutlich verringertes Rauchverlangen auf ($p = 0,000$), das sogar in Richtung „Abneigung“ geht. Raucher geben bis zur NU1 ebenfalls ein – wenn auch nicht so stark wie bei Nichtrauchern – verringertes Rauchverlangen an (von 75 auf 63; $p = 0,030$), das allerdings bis zur NU2 auf 69 ►►



Kontinuierliche CO-Messung wird fortgesetzt.

TAG 14

» wieder signifikant zunimmt ($p = 0,030$). Rauchverlangen tritt bei Nichtrauchern und Rauchern vor der Raucherentwöhnung in markanten Situationen – um Entspannung herbeizuführen, Coping Mechanismen zu unterstützen, mit Stress oder depressiven Stimmungslagen besser fertig zu werden – gleich häufig auf. Bei der NU1 und NU2 kommt dieses Verlangen bei den Nichtrauchern in allen genannten Situationen signifikant seltener vor als bei Rauchern. Bei Rauchern reduziert sich von der Rekrutierung bis zur NU1 der tägliche Zigarettenkonsum von 35 Stück auf 16 Stück ($p = 0,000$), steigt dann allerdings bis zur NU2 wieder auf 24 Stück an ($p = 0,003$), womit jedoch gegenüber der Ausgangslage noch immer eine deutliche Reduktion gegeben ist. Geschlechtsspezifische Auffälligkeiten können im Zusammenhang mit den Abhängigkeitsindikatoren nicht festgestellt werden.

Beschwerden

Bei der Rekrutierung sowie bei den Nachuntersuchungen wurden die Patienten befragt, ob bei ihnen in letzter Zeit Beschwerden hinsichtlich Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Glieder, Schulter, Kreuz und Nacken, beeinträchtigt Allgemeines oder Anspannung aufgetreten seien. Da von einem Großteil der Raucher diese Angaben für die NU2 nicht vorliegen, werden in diesem Zusammenhang lediglich die vor der Therapie erhobenen Medianwerte mit jenen der Halbjahresnachuntersuchung verglichen.

Während zu Beginn des Untersuchungszeitpunktes 23,2 Prozent der Nichtraucher und 26,1 Prozent der Raucher (sehr) häufig von Herz-Kreislauf-Beschwerden berichten, verringert sich bis zur NU1 dieser Anteil bei den Nichtrauchern auf 5,8 Prozent ($p = 0,000$) und bei den Rauchern – wenn auch weniger deutlich – auf 25,3 Prozent ($p = 0,002$). Eine diesbezügliche Verbesserung bei

beiden Gruppen ist auch im Hinblick auf das Allgemeinbefinden zu verzeichnen. 31,4 Prozent der Nichtraucher und 35,9 Prozent der Raucher sehen dies noch bei der Rekrutierung (sehr) häufig beeinträchtigt. Bei der NU1 geben nur mehr 7,5 Prozent der Nichtraucher diese Beschwerde an ($p = 0,000$), während sich – zwar wieder weniger dramatisch reduziert – nunmehr 31,6 Prozent der Raucher ($p = 0,002$) diesbezüglich äußern. Während sich der Anteil der Nichtraucher mit anderen Beschwerden bis zur NU1 signifikant reduziert (Magen-Darm: 22,3 Prozent → 11,6 Prozent, $p = 0,024$; Glieder, Schulter, Kreuz, Nacken: 36,3 Prozent → 20,7 Prozent, $p = 0,001$; Anspannung: 19,9 Prozent → 11,5 Prozent, $p = 0,000$), können bei den Rauchern keine statistisch gesicherten Verbesserungen registriert werden (Magen-Darm: 23,9 Prozent → 19 Prozent, $p = 0,085$; Glieder, Schulter, Kreuz, Nacken: 38 Prozent → 22,8 Prozent, $p = 0,062$; Anspannung: 26,1 Prozent → 29,1 Prozent, $p = 0,095$).

Zufriedenheit mit dem Lebensstil

In Anlehnung an den Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens von Dlugosch et al. werden die Zufriedenheit mit dem eigenen Lebensstil und dessen vermutete Auswirkung auf die Gesundheit erfragt.

Vor dem stationären Aufenthalt sind nahezu alle Raucher (Nichtraucher: 86,4 Prozent; Raucher: 88,7 Prozent) mit ihrem Tabakkonsum unzufrieden und sich der negativen Auswirkungen bewusst (Nichtraucher: 96,6 Prozent; Raucher: 98 Prozent). Diese Einstellung ändert sich bis zu den Nachuntersuchungen bei den Nichtrauchern sehr stark, sodass nur mehr 5,1 Prozent (NU1) beziehungsweise 2,4 Prozent (NU2) Unzufriedenheit angeben ($p = 0,000$). Bei den Rauchern gibt

es diesbezüglich keine signifikanten Veränderungen. Dementsprechend werden auch die Auswirkungen des Tabakkonsums auf die Gesundheit beurteilt. Nur mehr 14,6 Prozent (NU1) beziehungsweise 12,5 Prozent (NU2) der Nichtraucher bewerten diese als negativ, wobei die Raucher-Gruppe zu 82,3 Prozent (NU1) beziehungsweise 87 Prozent (NU2) diesbezüglich pessimistisch bleibt.

Sehr viele Teilnehmer sehen vor Beginn der Rauchertherapie ihr Wohlbefinden beeinträchtigt (Nichtraucher: 50,9 Prozent; Raucher: 70,2 Prozent) und vermuten deshalb negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit (Nichtraucher: 62,5 Prozent; Raucher: 60,8 Prozent). Während sich bei der Raucher-Gruppe keine statistisch gesicherten Veränderungen in den zwölf Monaten nach der stationären Rauchertherapie abzeichnen, verringert sich der Anteil jener Nichtraucher, die mit ihrem Wohlbefinden unzufrieden sind, auf 16,7 Prozent (NU1) beziehungsweise 15,7 Prozent (NU2) ($p = 0,000$). Dementsprechend glauben nunmehr nur 10,4 Prozent (NU1) beziehungsweise 8,7 Prozent (NU2) der Nichtraucher, dass das Wohlbefinden negative Auswirkungen auf die Gesundheit habe.

Sehr ähnliche Ergebnisse zeigen sich im Zusammenhang mit dem Schlaf. Ist zu Beginn der Intervention noch etwa die Hälfte aller Raucher mit ihrem Schlaf unzufrieden und befürchtet deshalb negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit, reduziert sich der Anteil der Unzufriedenen bei den Nichtrauchern bis zu den Nachuntersuchungen deutlich (NU1: 22,4 Prozent; NU2: 28,8 Prozent; $p = 0,000$), während diese Einstellungen bei den Rauchern nahezu unverändert bleiben. Wenngleich bei der Jahresnachuntersuchung 55,6 Prozent der Raucher nach wie vor der Meinung sind, dass sich ihre Schlafsituation ungünstig auf die Gesundheit auswirke, so sind es bei den »

Nichtrauchern mit einem Anteil von nur noch 21,7 Prozent signifikant weniger ($p = 0,015$). Obwohl vor der Entwöhnungskur deutlich mehr Personen der Raucher-Gruppe unglücklich über ihren Medikamentenkonsum sind als die Teilnehmer der Nichtraucher-Gruppe (Raucher: 53,7 Prozent; Nichtraucher: 31,8 Prozent; $p = 0,050$), bekunden beide Gruppen mit 46,4 Prozent (Nichtraucher) und 42,5 Prozent (Raucher) negative Auswirkungen ihrer Arzneimitteleinnahme nahezu gleich häufig. Während die Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit den Medikamenten zwischen Nichtrauchern und Rauchern über den Nachuntersuchungszeitraum gleich bleiben, verbinden Nichtraucher nur noch zu zehn Prozent (NU1; $p = 0,028$) beziehungsweise 22 Prozent (NU2) ihren Medikamentenkonsum mit negativen Auswirkungen auf ihren Organismus.

Die Unzufriedenheit mit den eigenen sportlichen Aktivitäten ist vor Beginn der Rauchertherapie bei Rauchern deutlich höher als bei Nichtrauchern (80,8 Prozent zu 51,9 Prozent; $p = 0,003$). Während

sich diese Unzufriedenheit im Verlauf bis zur NU2 bei den Rauchern zwar tendenziell, aber nicht signifikant auf etwa 60 Prozent der Betroffenen einpendelt, sinkt sie bei den Nichtrauchern doch - statistisch gesichert - auf etwa 25 Prozent ($p = 0,012$). Ähnlich verhält es sich auch bei der Einschätzung der negativen Auswirkungen auf die Gesundheit. Bei der Rekrutierung sind etwa drei Viertel der Raucher überzeugt, dass mehr Bewegung einen positiven Effekt auf die Gesundheit haben würde; bei den Nichtrauchern beträgt dieser Anteil etwa 50 Prozent ($p = 0,010$). Bis zur Jahreskontrolle verbessert sich diese Einstellung, bei den Rauchern wieder nur tendenziell auf 47,6 Prozent und bei den Nichtrauchern signifikant auf 19,6 Prozent ($p = 0,004$).

Hinsichtlich Ernährung und Alkoholkonsum lassen sich über den Verlauf der Studie hinweg zwischen Nichtrauchern und Rauchern sowohl bei den Angaben zur Unzufriedenheit als auch bei der Einschätzung der negativen Auswirkungen keine signifikanten Differenzen erkennen.

Schlussfolgerungen

Selbst für stark nikotinabhängige Raucher bietet die dreiwöchige stationäre Rauchertherapie eine gute Möglichkeit, Tabak-Abstinenz zu erreichen. Dies führt nicht nur zu einer deutlichen gesundheitlichen Verbesserung, sondern auch zu vermehrter Lebenszufriedenheit und trägt sicher wesentlich dazu bei, dass die Sorge einer gesundheitlichen Beeinträchtigung infolge des Lebensstils abnimmt. Weitgehend unbegründet ist die Angst, dass das Rauchverlangen auch in der rauchfreien Zeit aufrecht bleibt. Dies ist bei den meisten Entwöhnten nach einem halben Jahr kaum und nach einem Jahr gar kein Thema mehr.

Es gilt, diese Erkenntnisse all jenen Rauchern, die bisher aufgrund ihrer starken Abhängigkeit noch keinen ernsthaften Entwöhnungsversuch gestartet haben oder ein derartiges Unterfangen, das sicherlich am Beginn der Intervention belastend sein kann, nicht auf Dauer durchgehalten haben, zu vermitteln. Wie der Vergleich zwischen erfolgreichen und weniger erfolgreichen Teilnehmern der stationären Rauchertherapie zeigt, erhöht sich die Lebensqualität deutlich merkbar. ◀◀

Literatur beim Verfasser

*) **Univ. Prof. Dr. Rudolf Schoberberger**,
Institut für Sozialmedizin/Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien,
Kinderspitalgasse 15, 1090 Wien;
Tel.: 01/40 160-34 887; E-Mail:
rudolf.schoberberger@meduniwien.ac.at

Lecture Board:

Em. O. Univ. Prof. Dr. Michael Kunze,
Institut für Sozialmedizin/MedUni Wien
Univ. Doz. Dr. Ernst Groman,
Nikotin Institut Wien

Ärztlicher Fortbildungsanbieter:

Institut für Sozialmedizin/MedUni Wien

Stationäre Rauchertherapie

INFORMATIONEN UND ANMELDUNG:

Wiener Gebietskrankenkasse – Medizinischer Dienst

Tel.: 01/60 122/21 68, www.wgkk.at

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Tel.: 057807/10 31 41, www.oegkk.at

Gesundheitsvorsorgeeinrichtung Josefhof

Tel.: 050/23 50/37 800, www.josefhof.at

Folgende Krankenkassen bieten in besonderen Fällen ebenfalls eine stationäre Rauchertherapie an:

- Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter

