

Maßnahmen für die Tabakentwöhnung in der hausärztlichen Praxis

Dr. Justus de Zeeuw

Pneumologische Praxis am MVZ Gysan/Heinzler/May, Köln

VNR: 2760909008537320014

Gültigkeitsdauer: 18.04.2019 – 18.04.2020

1. Einleitung

Trotz intensivierter Maßnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums ist das Rauchen in Deutschland noch immer weit verbreitet: etwa 30% der 18–79-Jährigen greifen regelmäßig zur Zigarette [Lampert et al. 2013]. Dabei sind die schädigenden Wirkungen des Rauchens gravierend. So stellt der Zigarettenkonsum in Deutschland eine häufigere Todesursache dar als AIDS, Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, Morde und Suizide zusammen [Andreas et al. 2015]. Raucher sterben im Durchschnitt zehn Jahre früher als Nichtraucher [Doll et al. 2004]. Dem zugrunde liegt der ursächliche Einfluss des Tabakkonsums auf die Entstehung unterschiedlicher Erkrankungen wie Krebs verschiedener Gewebe und Organe, arteriosklerotische Herz-Kreislaufkrankungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Diabetes und COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) [International Agency for Research on Cancer 2007, Pan et al. 2015]. Auch Passivrauchen ist mit denselben Krankheitsbildern assoziiert und ist für etwa 3.300 Todesfälle pro Jahr in Deutschland verantwortlich [Keil et al. 2005]. Aus diesen Gründen ist eine Tabakentwöhnung für alle Konsumenten angezeigt und sollte in der hausärztlichen Praxis mehr Aufmerksamkeit erfahren. Zum einen sinken mit zunehmender Dauer der Abstinenz die Gesundheitsrisiken, sodass zum Beispiel etwa fünf Jahre nach dem Rauchstopp die beschleunigte Abnahme der Lungenfunktion aufgehoben ist und dann der altersbedingten Reduktion bei Nichtrauchern entspricht [International Agency for Research on Cancer 2007]. Zum

anderen profitieren auch bereits schwer erkrankte Patienten von der Tabakentwöhnung, beispielsweise durch eine Reduktion der Exazerbationen bei COPD oder eine verbesserte Therapieeffizienz bei Lungenkrebs [Andreas et al. 2009, Andreas et al. 2013]. Insgesamt halbiert sich das Risiko einer Tabak-assoziierten Todesursache selbst bei einem Rauchstopp im Alter von 50 Jahren [Doll et al. 2004]. Da diese Verbesserungen nur durch anhaltende Abstinenz, nicht jedoch durch eine Reduktion der Tagesmenge konsumierter Zigaretten erreicht werden können, ist das primäre Ziel der Tabakentwöhnung die Rauchfreiheit und nicht die Reduktion. Insbesondere bei COPD-Patienten wurde gezeigt, dass eine bloße Verringerung der Zigarettenanzahl die Verschlechterung der Lungenfunktion nicht bremsen kann [Simmons et al. 2005].

Obwohl der Tabakentwöhnung also eine große Bedeutung in der Gesundheitsversorgung in Deutschland beigemessen werden sollte, wurde gezeigt, dass sowohl Patienten als auch Medizinstudenten und Ärzte die Wirksamkeit verschiedener Strategien zur Entwöhnung falsch einschätzen [Raupach et al. 2011, Raupach et al. 2013]. Ein Grund hierfür ist die mangelhafte Behandlung des Themas während des Studiums. So stimmten in einer Studie von Strobel und Kollegen nur 7% der Medizinstudenten im fünften Ausbildungsjahr vollständig der Aussage zu, sie seien befähigt, zum Verzicht bereite Raucher zu beraten [Strobel

et al. 2012]. Unzureichende Ausbildung war auch der Faktor, der am stärksten mit einer niedrigen Beratungsquote von Rauchern in hausärztlichen Praxen assoziiert war, gefolgt von ungenügendem Demo-Material und Zeitmangel [Twardella und Brenner 2005]. In dieser Studie beriet die Mehrheit der Ärzte (54 %) weniger als zehn Patienten während eines Zeitraums von drei Monaten. Diese Unsicherheiten sollen im Rahmen der vorliegenden CME beseitigt und konkrete Maßnahmen für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung in der hausärzt-

lichen Praxis vorgestellt werden. Weiterhin soll das Bewusstsein für das Thema gestärkt werden, denn aufgrund des Zusammenhangs des Rauchens mit der Entstehung unterschiedlichster Erkrankungen können sämtliche Patienten des Hausarztes von einer Entwöhnung profitieren. Es ist daher angemessen, jeden Patienten im Rahmen der üblichen Anamnese auch nach seinem Rauchstatus zu fragen und gegebenenfalls die Motivation für die Rauchfreiheit zu erhöhen oder ihn bei der Entwöhnung zu unterstützen.

2. Motivierende Gesprächsführung

Definition und effektive Umsetzung

Zeigt sich beim Abfragen des Rauchstatus und der Bereitschaft zur Rauchfreiheit, dass bei dem Patienten eine Erhöhung der Motivation erforderlich ist, eignet sich die Methode der motivierenden Gesprächsführung. Dabei handelt es sich um einen therapeutischen Ansatz, der im Gegensatz zu Konfrontation oder Belehrung steht. Die Begründer der Methode beschreiben sie als „kooperativen Gesprächsstil, mit dem wir einen Menschen in seiner eigenen Motivation zur und seinem eigenen Engagement für Veränderung stärken können“ [Miller und Rollnick 2015]. Der Patient steht dabei im Zentrum und wird von seinem Gesprächspartner geleitet, der sich bei der Umsetzung der motivierenden Gesprächsführung an fünf Prinzipien hält (siehe Kasten rechts).

Diese Herangehensweise stellt die Grundlage der motivierenden Gesprächsführung dar, die sich stufenweise dem Aufbau einer guten Arbeitsbeziehung, der Fokussierung auf gemeinsame

Fünf Prinzipien der Gesprächsführung

1. **Offene Fragen stellen**, die den Patienten zu ausführlichen Antworten und damit zur Reflexion über die eigenen Argumente animieren.
2. **Aktiv zuhören**, das heißt Aufmerksamkeit demonstrieren, indem Sätze des Patienten reflektiert werden.
3. **Gesagtes zusammenfassen**, um eine erneute Reflexion zu ermöglichen und Verständnis und Aufmerksamkeit zu demonstrieren.
4. **Respekt erweisen**, zum einen dem Patienten als Person, zum anderen seinen speziellen Fähigkeiten und Leistungen gegenüber.
5. **Fachwissen und Informationen anbieten**, aber erst nach ausdrücklicher Zustimmung des Patienten vorbringen [Miller und Rollnick 2015].

Veränderungsziele, dem Hervorrufen der Selbstmotivation zur Veränderung und der Planung der Veränderungsumsetzung widmet [Miller und Rollnick 2015].

Kerninhalte der motivierenden Gesprächsführung

Für die Anwendung zur Tabakentwöhnung in der hausärztlichen Praxis sind neben den Prinzipien, wie das Gespräch vom Arzt geleitet werden sollte, auch die Kenntnisse der Kerninhalte der motivierenden Gesprächsführung wichtig.

Der Begriff Reaktanz beschreibt den Widerstand des Rauchers, der einsetzt, sobald er in seiner Entscheidungsfreiheit eingeschränkt wird. Ziel bei der motivierenden Gesprächsführung ist deshalb, dass der Patient die Entscheidung zur Rauchfreiheit selbst trifft. Beispielsätze, die Reaktanz hervorrufen und demnach nicht motivierend sind, sowie positive, motivierende Sätze sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Ein weiterer Kerninhalt ist die Ambivalenz, denn beim Motivationsprozess für eine Suchtentwöhnung durchläuft der Patient eine Phase, in der seine Argumentation und sein Verhalten widersprüchlich sind, das heißt einerseits auf Veränderung hindeuten und andererseits dieser entgegenstehen [Miller und Rollnick 2015]. Dies zeigt sich zum Beispiel in der Sorge um die eigene Lungengesundheit oder der Rücksicht auf die Gesundheit der Enkelkinder, während gleichzeitig der Zigarettenkonsum aus verschiedenen Gründen fortgeführt wird. Bei der motivierenden Gesprächsführung wird die Ambivalenz nicht aufgelöst, sondern verstärkt. Dazu werden dem Patienten seine Widersprüche vor Augen geführt (Tabelle 1). Ziel der Verstärkung ist es, dass sich dem Raucher nur ein logischer Weg aus dem Konflikt darstellt, den er zudem selbst erkennt: die Rauchfreiheit.

Der Change Talk beschreibt Äußerungen des Patienten über seine eigene Veränderung. Da sich „Menschen leichter von dem überreden lassen, was sie sich selbst sagen hören“ [Miller und Rollnick 2015], sollte der Patient bei der motivierenden Gesprächsführung möglichst viel über seine Beweggründe für frühere oder zukünftige Rauchfreiheit sprechen. Kontraproduktiv sind dagegen Fragen nach den Gründen für das Rauchen (Tabelle 1). Es ist gleichermaßen nicht zielführend, wenn der Arzt die Argumente für Rauchfreiheit vorträgt, da dies beim Patienten automatisch die Gegenargumente stärkt.

Der vierte Kerninhalt der motivierenden Gesprächsführung betrifft die Ermutigung. Mehrfache Misserfolge bei vorangegangenen Entwöhnungsversuchen führen häufig zu Frustration sowie Entmutigung und schmälern das Selbstbewusstsein. Durch das Hervorheben von Erfolgen gilt es deshalb, das Selbstvertrauen des Patienten zu stärken und eine positive Einstellung zu vermitteln. Dabei ist auf eine Unterscheidung zwischen Lob, welches erarbeitet werden muss, und Ermutigung zu achten, da zu frühes Lob eine geringe Erwartungshaltung suggerieren und folglich die Motivation reduzieren kann (Tabelle 1).

Tabelle 1: Nicht motivierende und motivierende Beispielsätze zu den Kerninhalten der motivierenden Gesprächsführung (MI).

		Nicht motivierend	Motivierend
Betroffener Aspekt der MI	Reaktanz	»Sie müssen endlich aufhören zu rauchen!«	»Wenn Sie sich zur Rauchfreiheit entscheiden, ...«
	Ambivalenz	Den Konflikt auflösen: »Mit Ihrer Lunge ist zurzeit alles in Ordnung.«	»Ihr Vater hat Lungenkrebs und Sie achten auf Ihre Lunge, aber wie passt das zu X Zigaretten am Tag?« »Einerseits sagen Sie..., andererseits sagen Sie...«
	Change Talk	»Warum rauchen Sie? »Warum haben Sie wieder angefangen zu rauchen?«	»Warum haben Sie sich damals für Rauchfreiheit entschieden, statt weiter zu rauchen?« »Was denken Sie, wie wird sich Ihr Leben verändern, wenn Sie sich für die Rauchfreiheit entscheiden?«
	Ermutigung	»Sie müssen nur wollen.« »Wenn Sie es nur mal richtig versuchen würden...« »Das ist ja toll, das haben Sie gut gemacht.« (Lob)	»Ihre mehrfachen Versuche zeigen mir, wie wichtig Ihnen das Thema ist.« »Für Ihre Frau haben Sie sich ja bereits für eine rauchfreie Wohnung entschieden.« »Sie sind auf einem guten Weg, machen Sie weiter so, dann schaffen Sie es sicher, vollständig rauchfrei zu werden.«

Evidenz für die Wirksamkeit motivierender Gesprächsführung

Die Wirksamkeit der motivierenden Gesprächsführung in Bezug auf die Tabakentwöhnung in der hausärztlichen Versorgung wurde unter anderem in einer randomisierten Studie in Spanien untersucht. Hier erwies sich die Methode bei maximal drei Gesprächen als etwa fünffach besser als der bloße Ratschlag zur Rauchfreiheit [Soria et al. 2006]. Laut einer aktuellen Cochrane-Analyse ist motivierende Gesprächsführung ebenfalls signifikant erfolgreicher als eine Kurzberatung oder Standardbehandlung mit einem relativen Risiko von 1,26 (95% Konfidenzintervall [KI]: 1,16 – 1,36) [Lindson-Hawley et al. 2015]. Eine weitere Meta-Analyse kam zu dem Ergebnis, dass motivierende Gesprächsführung

bei Langzeitbeobachtungen bessere Effekte erzielt als die Kontrollbedingungen (u. a. keine Behandlung, Aushändigung von Informationsmaterial oder Kurzberatung) und insbesondere bei gering motivierten Rauchern wirksam ist [Hettema und Hendricks 2010]. Dementsprechend empfiehlt die aktuelle deutsche Leitlinie, dass die Methode bei Rauchern mit geringer Motivation zur Rauchfreiheit angeboten werden sollte [Andreas et al. 2015]. Die Anwendung der motivierenden Gesprächsführung ist jedoch nicht auf die Tabakentwöhnung beschränkt, sondern lässt sich zum Beispiel auch auf den Bereich der Patienten-Compliance und der medikamentösen Adhärenz übertragen.

3. Therapeutisches Nikotin

Die Nikotinabhängigkeit kann unterschiedlich ausgeprägt sein. Sie kann über ein standardisiertes Instrument, den sogenannten Fagerström-Test, ermittelt werden [Fagerström 2012]. Vom Autor des Tests selbst wird empfohlen, sich im Praxisalltag auf zwei wesentliche Fragen zu konzentrieren (siehe Kasten).

Erfassung der Nikotinabhängigkeit:

- Wie viele Zigaretten werden pro Tag geraucht?
- Wann wird am Morgen die erste Zigarette geraucht?

Beträgt der Tabakkonsum mehr als eine Packung pro Tag und/oder wird die erste Zigarette am Morgen innerhalb von 30 Minuten nach dem Aufstehen geraucht, so weist dies auf eine stärkere Nikotinabhängigkeit hin. Ist ein nikotinabhängiger Patient zur Rauchfreiheit motiviert, stehen ihm verschiedene medikamentöse Therapien zur Unterstützung bei der Entwöhnung zur Verfügung. Rezeptfrei in der Apotheke erhältlich sind nikotinhaltige Medikamente, die über eine Substitution des Nikotins wirken, ohne den Raucher dabei den zusätzlichen karzinogenen oder teratogenen Schadstoffen einer Zigarette auszusetzen. Die Nikotinaufnahme erfolgt bei einer Nikotinersatztherapie (NET) langsamer als beim Rauchen, sodass der Rausch ausbleibt und gleichzeitig die Entzugssymptome gelindert werden [Batra 2011]. Das Ziel der NET ist eine Entkopplung der Nikotinzufuhr vom Rauchritual, sodass eine langfristige Verhaltensänderung initiiert und parallel die Nikotindosis ausgeschlichen werden kann [Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2010]. Die aktive Mitarbeit des Patienten

durch Verhaltensänderung ist jedoch weiterhin erforderlich, um eine dauerhafte Abstinenz zu erreichen, und sollte daher bei der Beratung immer thematisiert werden. In Deutschland ist eine Vielzahl an Produkten für die NET zugelassen, bei denen das Nikotin entweder langsam über die Haut oder schneller über die Mundschleimhaut absorbiert wird (Tabelle 2). Letztere Medikamente eignen sich insbesondere bei akutem Rauchverlangen oder für Raucher mit unregelmäßigem Konsum. Nikotin-Pflaster dagegen erzeugen einen konstanten Nikotinspiegel und empfehlen sich daher für Patienten, die gleichmäßig über den Tag verteilt rauchen [Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2010]. Während die Nebenwirkungen des Nikotins dem Raucher bekannt sind, können zusätzlich je nach Produkt lokale Nebenwirkungen auftreten wie Hautreizungen, Reizungen der Schleimhäute, Schluckauf, Husten, Magenschmerzen und Kieferschmerzen [Stead et al. 2012]. Die Wirksamkeit der NET ist umfassend anhand kontrollierter klinischer Studien untersucht und in zahlreichen Meta-Analysen geprüft worden. So ist die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Abstinenz bei Anwendung der NET gegenüber Placebo um den Faktor 1,5–2 erhöht (Tabelle 2) [Cahill et al. 2013, Stead et al. 2012]. Dementsprechend soll nikotinabhängigen Rauchern gemäß der aktuellen deutschen Leitlinie eine NET als Erstlinientherapie angeboten werden. Dazu wird eine Behandlungsdauer von acht bis zwölf Wochen empfohlen. Starken Rauchern, die mehr als 20 Zigaretten pro Tag und die erste Zigarette innerhalb von 30 Minuten nach dem Aufstehen konsumieren, soll das 4 mg Nikotin-Kaugummi anstatt der niedrigeren Dosis von 2 mg oder eine Kombination aus einem Pflaster und einem schnellen Nikotinlieferanten angeboten werden [Andreas et al. 2015].

Tabelle 2: Charakteristika, Dosierungen und Wirksamkeiten von in Deutschland erhältlichen Arzneimitteln zur Linderung von Entzugssymptomen bei der Tabakentwöhnung.

	Präparat/ Wirkstoff	Aufnahme des Nikotins [Batra 2011]	Erhältliche Dosierungen	Wahrscheinlichkeitsfaktor (relatives Risiko) für Abstinenz gegenüber Placebo
Nikotinersatztherapeutika	Pflaster	Langsam, konstant	10 mg, 15 mg, 25 mg für 16 h 17,5 mg, 35 mg, 52,5 mg für 24 h [Gelbe Liste 2017]	1,64* [Stead et al. 2012]
	Kaugummi	Schnell, akut	2 mg und 4 mg [Gelbe Liste 2017]	1,49* [Stead et al. 2012]
	Mundspray	Schnell, akut	1 mg pro Sprühstoß [Gelbe Liste 2017]	2,48** [Tonnesen et al. 2012]
	Inhaler	Schnell, akut	15 mg pro Patrone [Gelbe Liste 2017]	1,9* [Stead et al. 2012]
	Lutschtablette/ Sublingualtablette	Schnell, akut	1 mg, 2 mg und 4 mg [Gelbe Liste 2017]	1,95* [Stead et al. 2012]
Verschreibungspflichtige Medikamente	Bupropion	Nichtzutreffend	150 mg [Rote Liste 2017]	1,62* [Hughes et al. 2014]
	Vareniclin	Nichtzutreffend	0,5 mg und 1 mg [Rote Liste 2017]	2,24* [Cahill et al. 2016]

* Ergebnis einer Meta-Analyse

** Ergebnis einer einzelnen randomisierten, doppelblinden Studie

4. Verschreibungspflichtige Medikamente zur Tabakentwöhnung

Bupropion

Mit dem Wirkstoff Bupropion wurde 1999 in der EU erstmals eine nikotinfreie Medikation für die Tabakentwöhnung zugelassen. Der zuvor in den USA als Antidepressivum eingesetzte Wirkstoff verhindert die Wiederaufnahme von Dopamin sowie Noradrenalin und imitiert damit die Wirkung von Nikotin. Auf diesem Wege wird eine Linderung der Entzugssymptome erzielt. Gleichzeitig wirkt Bupropion antagonistisch auf den nikotinergen Acetylcholinrezeptor und blockiert so die Verstärkungseffekte von Nikotin [Warner und Shoab 2005]. Es gilt zu beachten, dass Bupropion darüber hinaus das Cytochrom-P450-Isoenzym 2D6 inhibiert und folglich den Metabolismus anderer Pharmaka beeinflussen kann [Hughes et al. 2014]. Die Einnahme von Bupropion beginnt bereits ein bis zwei Wochen vor dem ersten rauchfreien Tag und wird über eine Dauer von sechs bis acht Wochen fortgeführt. Krampfanfälle stellen die häufigsten

schwerwiegenden Nebenwirkungen dar und treten mit einem Risiko von 1:1.000 auf. Aus diesem Grund ist die Anwendung von Bupropion bei Patienten mit Tumoren des zentralen Nervensystems oder einer Vorgeschichte mit Epilepsie, Schädel-Hirn-Trauma und anderen Risikofaktoren für eine herabgesetzte Krampfschwelle kontraindiziert [Rote Liste 2017]. Weitere Nebenwirkungen umfassen unter anderem Schlafstörungen (sehr häufig), Zittern, Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Schwindel, Mundtrockenheit und gastrointestinale Symptome (häufig) [Batra 2011].

Die Wirksamkeit von Bupropion im Rahmen der Tabakentwöhnung wurde erstmals von Hurt und Kollegen gezeigt. Die Abstinenzraten am Ende der siebenwöchigen Behandlungsphase bzw. nach einem Jahr betragen 38,6% bzw. 22,9% bei einer Dosierung von 150 mg Bupropion verglichen mit

19,0% bzw. 12,4% in der Placebo-Gruppe [Hurt et al. 1997]. Gemäß aktuellen Meta-Analysen ist die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Abstinenz nach sechs Monaten gegenüber Placebo um etwa das Zweifache erhöht (Tabelle 2) [Cahill et al. 2013,

Vareniclin

Seit 2007 ist in Deutschland der Wirkstoff Vareniclin zur Tabakentwöhnung zugelassen. Es handelt sich hierbei um einen partiellen Agonisten des nikotinergeren Acetylcholinrezeptors, der mit Nikotin um dieselbe Bindungsstelle konkurriert. Entzugserscheinungen und das Rauchverlangen werden durch die Agonisten-Funktion vermindert, wobei gleichzeitig die Verstärkungs- und Belohnungseffekte durch die Antagonisten-Funktion blockiert werden [Jorenby et al. 2006]. In den beiden Zulassungsstudien erreichte die Behandlung mit Vareniclin annähernd gleiche Erfolgsraten. So betrug die kontinuierliche Abstinenzrate bezogen auf die letzten vier Wochen der Behandlungsphase 44% in der Vareniclin-, 30% in der Bupropion- und 18% in der Placebo-Gruppe. Bei der Untersuchung des Langzeiterfolges waren etwa 22%, 15% bzw. 8% der Patienten über einen Zeitraum der Wochen neun bis 52 kontinuierlich abstinent [Gonzales et al. 2006, Jorenby et al. 2006]. Insgesamt führt die Therapie mit Vareniclin zu einer zwei- bis dreifachen Verbesserung des Rauchstopperfolgs verglichen mit Entwöhnungsversuchen ohne pharmakologische Unterstützung (Tabelle 2) [Cahill et al. 2016]. Die Behandlung mit Vareniclin sollte ein bis zwei Wochen vor dem ersten rauchfreien Tag beginnen und über eine Dauer von insgesamt zwölf Wochen durchgeführt werden. Zu den häufigsten Nebenwirkungen von Vareniclin zählen abnorme Träume, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Übelkeit (sehr häufig) sowie Schwindel, Müdigkeit und gastrointestinale Symptome (häufig) [Batra 2011]. Entgegen erster Einschätzungen liegt jedoch keine Assoziation von Vareniclin mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse, Depression oder Selbstverletzungen im Vergleich zur NET vor [Kotz et al. 2015]. Auch die kürzlich veröffentlichten Daten der größten klinischen Studie zur Sicherheit

Hughes et al. 2014]. Damit ist Bupropion ähnlich wirksam wie die NET. Aufgrund des ungünstigeren Nutzen-Risiko-Verhältnisses empfiehlt die deutsche Leitlinie die Behandlung mit Bupropion als Zweitlinientherapie [Andreas et al. 2015].

und Wirksamkeit von Bupropion und Vareniclin zeigten keine signifikante Erhöhung neuropsychiatrischer Nebenwirkungen im Vergleich zur NET und Placebo, sowohl bei Rauchern mit als auch ohne psychiatrische Vorerkrankungen [Anthenelli et al. 2016]. Diese Studie verdeutlichte darüber hinaus die relative Wirksamkeit der unterschiedlichen Pharmakotherapien, wobei Vareniclin höhere Abstinenzraten erzielte als Bupropion und NET, welche wiederum effektiver waren als Placebo (Abbildung 1). Die aktuelle deutsche Leitlinie empfiehlt den Einsatz von Vareniclin dennoch erst in der Zweitlinientherapie nach erfolgloser NET, da letztere durch ein günstigeres Nutzen-Risiko-Verhältnis gekennzeichnet ist [Andreas et al. 2015].

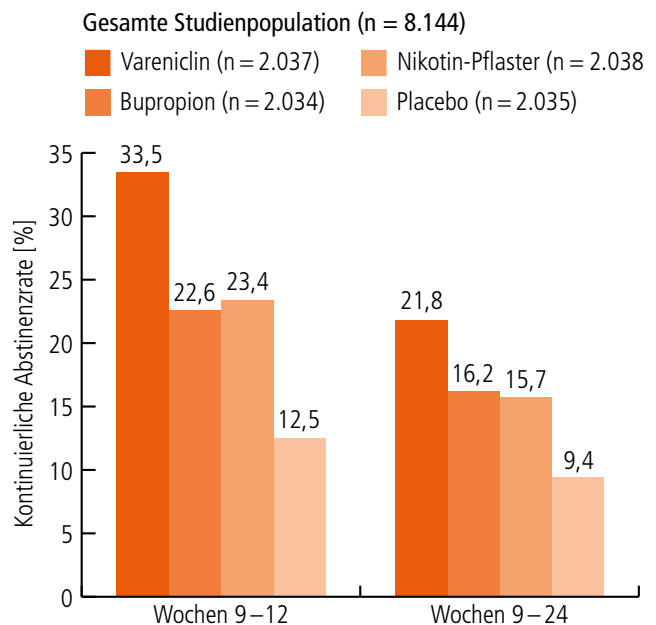


Abbildung 1: Wirksamkeit von Vareniclin, Bupropion und Nikotin-Pflaster zur Tabakentwöhnung; modifiziert nach [Anthenelli et al. 2016].

5. Wirksamkeit von Kombinationstherapien

Trotz der Verbesserung der Erfolgsquote durch die NET oder pharmakologische Monotherapien stellt sich die Frage, ob deren Kombination die Abstinenzraten weiter steigern kann. Während die gleichzeitige Anwendung von Vareniclin und NET aufgrund des gemeinsamen Wirkmechanismus über den nikotinergen Acetylcholinrezeptor nicht sinnvoll ist, ist die Evidenzlage für die Kombination von Bupropion mit NET sehr heterogen. So erwies sich das Nikotin-Pflaster plus Bupropion in einer Studie von Jorenby und Kollegen wirksamer als das Pflaster alleine, nicht jedoch als Bupropion alleine [Jorenby et al. 1999]. Die Kombination von Bupropion mit der Nikotin-Lutschtablette war den Monotherapien in unterschiedlichen Studien nur teilweise überlegen [Loh et al. 2012, Piper et al. 2009] und auch zwei Meta-Analysen konnten keine signifikante Steigerung der Wirksamkeit der Kombinationstherapie gegenüber NET alleine feststellen [Cahill et al. 2013, Fiore et al. 2008]. Dennoch kann starken Rauchern gemäß der deutschen Leitlinie bei erfolgloser NET-Monotherapie die Kombination aus NET plus Bupropion vorgeschlagen werden [Andreas et al. 2015]. Die Evidenzlage für eine weitere Kombinationsstrategie aus NET/Pharma-

kotherapie und psychologischer Intervention ist dagegen eindeutiger. Eine Meta-Analyse im Rahmen der US-amerikanischen Leitlinie ergab, dass eine zusätzliche Beratung den Behandlungserfolg gegenüber der alleinigen Medikation signifikant erhöht (Odds Ratio 1,4; 95% KI 1,2–1,6). Andererseits betrachtet steigert zusätzliche Medikation die Abstinenzrate im Vergleich zu Beratung alleine (Odds Ratio 1,7; 95% KI 1,3–2,1) [Fiore et al. 2008]. Dass sich ein solches kombiniertes Entwöhnungsprogramm in den Praxisalltag integrieren lässt, zeigte eine Studie, bei der eine patientenindividuelle NET mit einer strukturierten ärztlichen Beratung unter Anwendung eines bereitgestellten Gesprächsleitfadens getestet wurde. Unter den Studienteilnehmern (zur Rauchfreiheit motivierte Patienten) konnte so am Ende der zwölfwöchigen Therapie eine kontinuierliche Abstinenzrate von 48% erreicht werden [Jähne et al. 2014]. Die deutsche Leitlinie empfiehlt daher, dass Raucher im Zuge einer medikamentösen Therapie eine begleitende Beratung erhalten sollen. Falls verfügbar, soll die Medikation sogar mit einem verhaltenstherapeutischen Entwöhnungsprogramm kombiniert werden [Andreas et al. 2015].

6. Spezielle Therapieformen

Akupunktur

Die Akupunktur ist unter Rauchern eine beliebte Maßnahme zur Tabakentwöhnung und relativ sicher in Bezug auf die zu erwartenden Nebenwirkungen. Wie eine kontrollierte klinische Studie zum Effekt der Ohr-Akupunktur zeigte, kann mit dieser Methode zwar eine Linderung der Entzugssymptome erreicht werden, jedoch kommt es nicht zu einer Verbesserung der Abstinenzrate [Wu et al. 2007]. Auch eine aktuelle Cochrane-Analyse schließt kurzfristige Effekte nicht aus, findet aber

keine ausreichende Evidenz für eine langfristige Wirkung [White et al. 2014]. Obwohl Akupunktur also die Rauchfreiheit unterstützen kann, fehlt dieser Methode die Rückfallprophylaxe, denn wie bei einer medikamentösen Behandlung der Entzugssymptome ist eine Verhaltensänderung für einen dauerhaften Erfolg notwendig. Aus diesen Gründen kann laut der deutschen Leitlinie die Akupunktur zur Tabakentwöhnung nicht empfohlen werden [Andreas et al. 2015].

Hypnose

Eine ebenfalls gefragte Methode unter Rauchern mit Motivation zur Rauchfreiheit ist die Hypnose. Diesbezüglich liegen jedoch sehr heterogene Studienergebnisse vor, mit widersprüchlichen Effekten der Hypnose im Vergleich zu keiner Behandlung, Beratung oder psychologischer Intervention [Barnes et al. 2010]. Die deutsche Leitlinie gibt an, dass Hypnose zur Tabakentwöhnung angeboten werden kann [Andreas et al. 2015].

bo-Niveau erreicht werden können. Da die Abstinenzraten in Placebo-Gruppen mit durchschnittlich 14% bereits über den Erfolgsquoten von 3 bis 5% bei einer unassistierten Entwöhnung liegen [Fiore et al. 2008, Hughes et al. 2004], sollte Patienten, die den Wunsch nach Akupunktur oder Hypnose äußern, nicht davon abgeraten werden. Vielmehr gilt es, die Placebo-Effekte zu nutzen und eine Demotivation dieser Patienten zu vermeiden. Es ist jedoch zu beachten, dass erfolglose Versuche mit diesen Methoden die Patienten auch demotivieren können.

Sowohl für die Akupunktur als auch die Hypnose ist zu beachten, dass immerhin Effekte auf Place-

E-Zigarette

Beim Rauchen der E-Zigarette wird durch Ziehen am Mundstück oder durch Knopfdruck eine mit Nikotin und/oder Geschmacksstoffen versetzte Flüssigkeit verdampft und eingeatmet. Sofern der Dampf der E-Zigarette nicht inhaliert, sondern gepafft wird, erfolgt die Nikotinaufnahme wie bei der NET über die Mundschleimhaut mit langsamerer Anflutgeschwindigkeit als bei der Verbrennungszigarette [Nowak et al. 2014]. Weiterhin ist der Anteil an schädigenden Substanzen in der E-Zigarette neun- bis 450-mal geringer als in herkömmlichen Zigaretten [Goniewicz et al. 2014]. Allerdings hängt die abgegebene Nikotindosis stark vom Gerät und der Art der Flüssigkeit ab und ist daher meist nicht genau bekannt sowie schwer kontrollierbar [Nowak et al. 2014]. Zudem bleiben alte Rauchrituale erhalten. Keine der in einer aktuellen Cochrane-Analyse zusammengefassten klinischen Studien und Kohortenstudien verzeichnete schwerwiegende Nebenwirkungen durch den Gebrauch von E-Zigaretten, am häufigsten traten Reizungen des Mund- und Rachen-

raumes auf [Hartmann-Boyce et al. 2016]. Jedoch fehlen derzeit noch Daten über Langzeiteffekte insbesondere des Trägerstoffs Propylenglykol. Die Meta-Analyse identifizierte zwei klinische Studien, in denen nikotinhaltige E-Zigaretten mit Placebo-E-Zigaretten verglichen wurden. Deren gemeinschaftliche Auswertung ergab, dass mehr Patienten der Nikotin-Gruppe eine Abstinenzdauer von sechs Monaten erreichten als in der Kontrollgruppe (relatives Risiko 2,29; 95% KI 1,05–4,96) [Hartmann-Boyce et al. 2016]. Dennoch schätzt die deutsche Leitlinie die Evidenz sowohl für eine positive als auch für eine negative Wirkung der E-Zigarette als unzureichend ein, weshalb diese nicht angeboten werden sollte [Andreas et al. 2015]. Berücksichtigt man jedoch, dass 50–85% der Nutzer die E-Zigarette aus dem Wunsch nach einer Tabakentwöhnung kaufen [Nowak et al. 2014], gilt auch in diesem Fall für den Arzt, die Motivation des Patienten nicht durch Ablehnung der gewählten Maßnahme zu schmälern.

7. Konkrete Handlungsempfehlungen

Da der Tabakkonsum Ursache für unterschiedlichste Erkrankungen oder deren Komplikationen sein kann, sollte jeder Patient im Rahmen der Anamnese nach seinem Rauchstatus gefragt werden. Dies stellt bereits den ersten Schritt der empfohlenen Kurzintervention entsprechend den 5 A's dar (Abbildung 2) [Andreas et al. 2015].

Stellt sich im Verlauf der Kurzintervention heraus, dass der Patient nicht zur Rauchfreiheit bereit ist, sollte mit motivierender Gesprächsführung fortgefahren werden. Ist er dagegen motiviert, gilt es, ihn beim Erreichen der Rauchfreiheit zu unterstützen. Bei der Schlusspunktmethode wird dabei gemeinsam mit dem Patienten der erste rauchfreie Tag innerhalb der nächsten 14 Tage festgelegt. Bis zu diesem Termin sollte der Patient alle Raucherutensilien wie Zigarettenschachteln,

Aschenbecher und Feuerzeuge aus seiner Umgebung entfernen. Außerdem sollten eventuell empfohlene oder verschriebene Medikamente bereitgehalten und Familie und Freunde von der Entscheidung zur Rauchfreiheit informiert werden. Neben der Schlusspunktmethode stellt das Thema Schlüsselreize einen wichtigen Aspekt der Beratung dar. Hierbei handelt es sich um Faktoren oder Situationen, die beim Raucher unbewusst das Verlangen nach einer Zigarette auslösen. Schlüsselreize können aus den Bereichen Bedarf (nach Nikotin), Belohnung, Stress, Langeweile und Kopplung mit bestimmten Tätigkeiten kommen. Im Beratungsgespräch sollten die individuellen Schlüsselreize identifiziert und Lösungsstrategien erarbeitet werden. So kann der Patient alte Rituale abändern und typischen Situationen, in denen er üblicherweise geraucht hat, ausweichen,

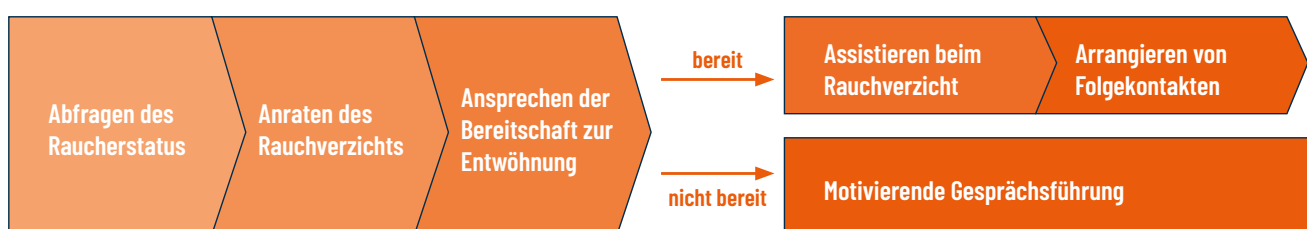


Abbildung 2: Die Schritte der Kurzintervention zur Tabakentwöhnung inklusive den 5 A's [Andreas et al. 2015].

sie bewusst aushalten oder sich ablenken. Es ist ebenso wichtig, zu verdeutlichen, dass Schlüsselreize lebenslang funktionieren und der richtige Umgang mit ihnen essenziell für eine erfolgreiche Rückfallprophylaxe ist. Teil der Unterstützung zur dauerhaften Rauchfreiheit ist auch der Hinweis auf die Möglichkeit zur Nikotin-Substitution bzw. -Medikation. Dies ist bei nikotinabhängigen Rauchern, die täglich mehr als 20 Zigaretten oder die erste Zigarette innerhalb von 30 Minuten nach dem Aufstehen konsumieren, angezeigt. Diese zentralen Kenngrößen repräsentieren die zwei wichtigsten Fragen des Fagerström-Tests zur Zigarettenabhängigkeit, dessen weitere Fragen, falls benötigt, für eine exakte Bestimmung der Schwere der Abhängigkeit herangezogen werden können [Fagerström 2012].

Insbesondere für Frauen stellt die häufig mit der Tabakentwöhnung verbundene Gewichtszunahme ein Problem dar und ist vielfach Grund für einen Rückfall. Das Thema sollte daher bereits vor der Rauchfreiheit angesprochen und die Patienten über die Zusammenhänge zwischen Nikotin und Metabolismus aufgeklärt werden. Da Nikotin den 24 h-Energieumsatz um etwa 10% bzw. 200 kcal erhöht und dieser bei Rauchfreiheit auf das Niveau eines Menschen, der nie geraucht hat, zurückgeht, ist eine Gewichtszunahme selbst bei unveränderter Kalorienzufuhr üblich, aber zumeist limitiert [Hofstetter et al. 1986]. Zwar können eine NET, Bupropion und Vareniclin die Gewichtszunahme verzögern, jedoch können sie diese nicht verhin-

8. Fazit

Die vorliegende CME verdeutlicht, dass sich erfolgreiche Tabakentwöhnung mit begrenztem Aufwand auch in der hausärztlichen Praxis initiieren lässt. Grundlegende Voraussetzung hierfür ist es, jeden Patienten im Rahmen der Anamnese nach seinem Rauchstatus zu fragen. Bei Patienten ohne Bereitschaft zur Rauchfreiheit ist die Methode der motivierenden Gesprächsführung effektiv und sollte regelmäßig angewendet werden, bis sich der Patient selbst für die Rauchfreiheit entscheidet. Nikotinabhängige Raucher können zur Linderung der Entzugssymptome eine NET als Erstlinientherapie anwenden, welche die Erfolgswahrscheinlichkeit gegenüber Placebo verdoppelt. Mit Bupropion und Vareniclin stehen außerdem mindestens ebenso effektive Medikamente bei Versagen einer NET als Zweitlinientherapie zur Verfügung. Schließlich ist aber die Kombination aus

den [Farley et al. 2012]. Daher sollten konkrete und patientenindividuelle Empfehlungen für mehr Bewegung und richtiges Essen ausgesprochen werden. Dabei sollte Wert auf motivierende Aussagen bzgl. der positiven Auswirkungen der Tabakentwöhnung gelegt werden, mit Hinweisen auf ein besseres Hautbild und weißere Zähne oder eine verbesserte Ausdauer, die mehr Bewegung zulässt. Doch selbst bei einer intensiven Beratung und Begleitung der Tabakentwöhnung durch den Hausarzt muss mit Rückfällen gerechnet werden, da diese die Regel und nicht die Ausnahme darstellen. Am größten ist die Rückfallwahrscheinlichkeit innerhalb der ersten Woche nach dem Rauchstopp [Hughes et al. 2004]. Da die Schlüsselreize jedoch lebenslang funktionieren, können Menschen, die regelmäßig geraucht haben, auch später jederzeit rückfällig werden. Zur Rückfallprophylaxe sollten telefonische oder persönliche Folgekontakte arrangiert werden, außerdem kann die medikamentöse Therapie bei Bedarf verlängert werden. Hierzu empfiehlt die deutsche Leitlinie, dass die NET für zusätzliche 16 bis 24 Wochen, Bupropion für weitere 16 bis 45 Wochen oder Vareniclin für mindestens zwölf zusätzliche Wochen angeboten werden kann [Andreas et al. 2015]. Wird ein Patient dennoch rückfällig, gilt es, die Lage nicht zu dramatisieren, sondern Ursachen zu identifizieren, Lösungen anzubieten und zu einem erneuten Start in die Rauchfreiheit zu motivieren. Gegebenenfalls sollte bei einer neuerlichen Entwöhnung erstmalig eine Medikation empfohlen oder die vorherige Medikation umgestellt werden.

medikamentöser Unterstützung sowie beratenden und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen ein Schlüssel für den Erfolg der Entwöhnung. Dem Patienten sollte dabei immer die Entscheidungsfreiheit über die jeweilige Maßnahme gelassen werden, denn Demotivation ist die größte Gefahr für dauerhafte Rauchfreiheit. Motivierte und gesprächsbereite Patienten erhöhen aber nicht nur die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung, sondern reduzieren auch die Frustration auf Seiten des Arztes. So werden aus „resistenten Rauchern“ Menschen, die sich erfolgreich zur Rauchfreiheit entscheiden.

Literatur

- Andreas S, Bartsch G, Batra A, et al. S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), AWMF online, 2015
- Andreas S, Hering T, Muhligh S, et al. Smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease: an effective medical intervention. *Dtsch Arztebl Int* 2009;106(16):276–82
- Andreas S, Rittmeyer A, Hinterthaler M, et al. Smoking cessation in lung cancer – achievable and effective. *Dtsch Arztebl Int* 2013;110(43):719–24
- Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet* 2016;387(10037):2507–20
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Empfehlungen zur Therapie der Tabakabhängigkeit. In: *Arzneiverordnung in der Praxis*, 2. Auflage, 2010
- Barnes J, Dong CY, McRobbie H, et al. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010(10):Cd001008
- Batra A. Treatment of tobacco dependence. *Dtsch Arztebl Int* 2011;108(33):555–64
- Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016(5):Cd006103
- Cahill K, Stevens S, Perera R, et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013(5):Cd009329
- Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *Br Med J* 2004;328(7455):1519
- Fagerström K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerstrom Test for Cigarette Dependence. *Nicotine Tob Res* 2012;14(1):75–8
- Farley AC, Hajek P, Lycett D, et al. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database of Syst Rev* 2012(1):CD006219
- Fiore MC, Jaén CR and Baker TB. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Rockville (MD), 2008
- Gelbe Liste. 2017. www.gelbe-liste.de, abgerufen am: 03.01.17
- Goniewicz ML, Knysak J, Gawron M, et al. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. *Tob Control* 2014;23(2):133–9
- Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296(1):47–55
- Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;9:Cd010216
- Hettema JE und Hendricks PS. Motivational interviewing for smoking cessation: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psych* 2010;78(6):868–84
- Hofstetter A, Schutz Y, Jequier E, et al. Increased 24-hour energy expenditure in cigarette smokers. *N Engl J Med* 1986;314(2): 79–82
- Hughes JR, Keely J und Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004;99(1):29–38
- Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, et al. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014(1): CD000031
- Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997;337(17):1195–202
- International Agency for Research on Cancer. IARC handbooks of cancer prevention, tobacco control. Lyon: 2007
- Jähne A, Ruther T, Deest H, et al. Evaluierung eines strukturierten Tabakentwöhnungsprogramms für die ärztliche Praxis. *Dtsch Med Wochenschr* 2014;139(4):127–33
- Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296(1):56–63
- Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;340(9):685–91
- Keil U, Becher H, Heidrich J, et al. Passivrauchbedingte Morbidität und Mortalität in Deutschland. In: *Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko*, Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg: 2005
- Kotz D, Viechtbauer W, Simpson C, et al. Cardiovascular and neuropsychiatric risks of varenicline: a retrospective cohort study. *Lancet Respir Med* 2015;3(10):761–8
- Lampert T, von der Lippe E und Müters S. Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 2013;5/6:802–8
- Lindson-Hawley N, Thompson TP und Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2015(3):Cd006936
- Loh WY, Piper ME, Schlam TR, et al. Should all smokers use combination smoking cessation pharmacotherapy? Using novel analytic methods to detect differential treatment effects over 8 weeks of pharmacotherapy. *Nicotine Tob Res* 2012;14(2):131–41
- Miller WR und Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung, 3. Auflage. Freiburg: Lambertus-Verlag; 2015
- Nowak D, Jörres RA und Rüther T. E-Cigarettes—Prevention, pulmonary health, and addiction. *Dtsch Arztebl Int* 2014;111(20):349–55
- Pan A, Wang Y, Talaei M, et al. Relation of active, passive, and quitting smoking with incident type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015;3(12):958–67
- Piper ME, Smith SS, Schlam TR, et al. A randomized placebo-controlled clinical trial of five smoking cessation pharmacotherapies. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66(11):1253–62
- Raupach T, Merker J, Hasenfuß G, et al. Knowledge gaps about smoking cessation in hospitalized patients and their doctors. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2011; 18(2):334–41
- Raupach T, Strobel L, Beard E, et al. German medical students' beliefs about the effectiveness of different methods of stopping smoking. *Nicotine Tob Res* 2013;15(11):1892–901
- Rote Liste. 2017. www.rote-liste.de, abgerufen am: 03.01.17
- Simmons MS, Connett JE, Nides MA, et al. Smoking reduction and the rate of decline in FEV(1): results from the Lung Health Study. *Eur Respir J* 2005;25(6):1011–7
- Soria R, Legido A, Escolano C, et al. A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *Brit J Gen Pract* 2006;56(531):768–74
- Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 11:Cd000146
- Strobel L, Schneider NK, Krampe H, et al. German medical students lack knowledge of how to treat smoking and problem drinking. *Addiction* 2012;107(10):1878–82
- Tonnesen P, Lauri H, Perfekt R, et al. Efficacy of a nicotine mouth spray in smoking cessation: a randomised, double-blind trial. *Eur Respir J* 2012;40(3):548–54
- Twardella D und Brenner H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *Eur J Public Health* 2005;15(2):140–5
- Warner C und Shoab M. How does bupropion work as a smoking cessation aid? *Addict Biol* 2005;10(3):219–31
- White AR, Ramesh H, Liu JP, et al. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014(1):CD000009
- Wu TP, Chen FP, Liu JY, et al. A randomized controlled clinical trial of auricular acupuncture in smoking cessation. *J Chin Med Assoc* 2007;70(8):331–8

Lernkontrollfragen

Bitte kreuzen Sie jeweils nur **eine** Antwort an.

1. Welches Vorgehen seitens des Arztes ist **kein** Teil der motivierenden Gesprächsführung?
 - a. Den Patienten über sein Krankheitsrisiko belehren.
 - b. Offene Fragen stellen.
 - c. Aktiv zuhören.
 - d. Gesagtes zusammenfassen.
 - e. Informationen anbieten.

2. Welche der folgenden Aussagen **motiviert** Patienten zur Rauchfreiheit und kann bei der motivierenden Gesprächsführung verwendet werden?
 - a. »Sie müssen endlich aufhören zu rauchen!«
 - b. »Wenn Sie sich zur Rauchfreiheit entscheiden, ...«
 - c. »Mit Ihrer Lunge ist zurzeit alles in Ordnung.«
 - d. »Warum haben Sie wieder angefangen zu rauchen?«
 - e. »Sie müssen nur wollen.«

3. Welche Aspekte weisen auf eine starke Nikotinabhängigkeit hin?
 - a. Mehr als eine Zigarettenpackung pro Woche.
 - b. Rauchen der ersten Zigarette am Morgen nach frühestens zwei Stunden.
 - c. Das rituelle Rauchen von einer Zigarettenpackung an jedem Wochenende.
 - d. Mehr als eine Zigarettenpackung pro Tag und/oder Rauchen der ersten Zigarette am Morgen innerhalb von 30 Minuten nach dem Aufstehen.
 - e. Weniger als zehn Zigaretten pro Tag, aber Rauchen der ersten Zigarette am Morgen eine Stunde nach dem Aufstehen.

4. Welche Aussage zur Nikotinersatztherapie (NET) **trifft zu**?
 - a. Nikotinhaltige Medikamente bedürfen eines Rezepts durch den Arzt.
 - b. Die Nikotinaufnahme erfolgt schneller als beim Rauchen.
 - c. Eine aktive Mitarbeit des Patienten durch Verhaltensänderung ist nicht mehr erforderlich.
 - d. Nikotin-Pflaster eignen sich insbesondere bei akutem Rauchverlangen und für Raucher mit unregelmäßigem Konsum.
 - e. Die NET erhöht die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Abstinenz um den Faktor 1,5–2.

5. Was sollten Sie gemäß der deutschen Leitlinie einem zur Rauchfreiheit motivierten, nikotinabhängigen Raucher als Erstlinientherapie **empfehlen**?
 - a. Eine NET
 - b. Bupropion
 - c. Vareniclin
 - d. Akupunktur
 - e. Hypnose

6. Welche Aussage zu den verschreibungspflichtigen Medikamenten ist **falsch**?
 - a. Bupropion verhindert die Wiederaufnahme von Dopamin sowie Noradrenalin und imitiert damit die Wirkung von Nikotin.
 - b. Bupropion ist bei Patienten mit Epilepsie kontraindiziert.
 - c. Bupropion ist ähnlich wirksam wie die NET, hat jedoch ein günstigeres Nutzen-Risiko-Verhältnis.
 - d. Die Einnahme von Vareniclin erfolgt ein bis zwei Wochen vor dem ersten rauchfreien Tag.
 - e. Das Risiko neuropsychiatrischer Nebenwirkungen von Vareniclin gegenüber NET und Placebo ist nicht signifikant erhöht.

7. Welche Aussage zur Wirksamkeit von Kombinationstherapien und speziellen Therapieformen trifft **nicht** zu?
- a. Eine Kombination von Vareniclin und NET ist nicht sinnvoll.
 - b. Beratung in Kombination mit medikamentöser Therapie steigert den Behandlungserfolg gegenüber den Einzelkomponenten.
 - c. Eine Ohr-Akupunktur kann zur Linderung der Entzugssymptome führen.
 - d. Die Abstinenzrate wird durch die Akupunktur nicht verbessert.
 - e. Studien zeigten schlechtere Effekte der Hypnose verglichen mit keiner Behandlung, Beratung oder psychologischer Intervention.
8. Welche Aussage in Bezug auf die E-Zigarette **trifft zu**?
- a. Der Anteil an schädigenden Substanzen ist dreimal geringer als in Verbrennungszigaretten.
 - b. Die abgegebene Nikotindosis ist bei allen Geräten vergleichbar.
 - c. In Studien konnten positive Langzeiteffekte des Trägerstoffs Propylenglykol gezeigt werden.
 - d. Gemäß der deutschen Leitlinie sollte die E-Zigarette nicht zur Tabakentwöhnung angeboten werden.
 - e. Nur 20% der Nutzer kaufen die E-Zigarette aus dem Wunsch nach einer Tabakentwöhnung.
9. Was ist **kein** Merkmal der Schlusspunktmethode?
- a. Festlegen des ersten rauchfreien Tages innerhalb der nächsten 14 Tage.
 - b. Entfernen sämtlicher Raucherutensilien.
 - c. Langsame Reduktion des Zigarettenkonsums ab dem ersten rauchfreien Tag.
 - d. Bereithalten von Medikamenten.
 - e. Informieren von Familie und Freunden.
10. Zu welchem **Zeitpunkt** besteht die höchste Rückfallwahrscheinlichkeit nach Beginn der Rauchfreiheit?
- a. Innerhalb der ersten Woche.
 - b. Innerhalb des ersten Monats.
 - c. Nach drei Monaten.
 - d. Nach einem halben Jahr.
 - e. Nach einem Jahr.

Maßnahmen für die Tabakentwöhnung in der hausärztlichen Praxis

VNR: 2760909008537320014 | Gültigkeitsdauer: 18.04.2019 – 18.04.2020

Vergabe eines Teilnahme-Zertifikates der Landesärztekammer Bayern:
Ab 7 richtig beantworteten Fragen erhalten Sie 4 Fortbildungspunkte.

Bitte die Angaben zur Person leserlich ausfüllen:

Frau Herr

Titel, Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Zusätzliche Daten (Angabe ist freiwillig):

niedergelassener Arzt
 angestellt – Klinik angestellt – sonstiger Arbeitgeber

Fachgebiet

Außendienst-Stempel

EFN-Nummer eintragen oder
Aufkleber aufkleben

Arzt-Stempel

Lernerfolgskontrolle					
▪	a	b	c	d	e
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Evaluation (freiwillig): Bitte bewerten Sie nach dem Schulnoten-System (1 = ja, sehr; 6 = gar nicht)		1	2	3	4	5	6
A	Meine Erwartungen hinsichtlich der Fortbildung haben sich erfüllt.						
B	Während des Durcharbeitens habe ich fachlich gelernt.						
C	Der Text hat Relevanz für meine praktische Tätigkeit.						
D	Die Didaktik, die Eingängigkeit und die Qualität des Textes sind sehr gut.						
E	Der Aufwand für die Bearbeitung (zeitlich und organisatorisch) hat sich gelohnt.						
F	In der Fortbildung wurde die Firmen- und Produktneutralität gewahrt.						
G	Diese Form der Fortbildung möchte ich auch zukünftig erhalten.						

Erklärung: Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich die Beantwortung der Fragen selbstständig und ohne fremde Hilfe durchgeführt habe. Der Zustellung der Teilnahmebescheinigung durch den Sponsor stimme ich zu.

Ort / Datum

Unterschrift

Datenschutz: Ihre Daten werden ausschließlich für die Auswertung der Antworten verwendet. Als Veranstalter sind wir verpflichtet ihre Ergebnisse für 10 Jahre zu speichern und auf Verlangen der zertifizierenden Ärztekammer vorzulegen. Es erfolgt keine Speicherung darüber hinaus. Namens- und Adressangaben dienen nur dem Versand der Teilnahmebescheinigungen. Ihre Punkte werden über Ihre EFN-Nummer an den elektronischen Informationsverteiler (EIV) gemeldet, der die Punkte an die Ärztekammern weiterleitet.

Impressum:

Autor: Dr. Justus de Zeeuw, Pneumologische Praxis am MVZ Gysan/Heinzler/May, Köln

Redaktion: Dr. Maren Klug, KW medipoint, Bonn

Layout: Hannah Honnef, Stefanie Jungbluth, KW medipoint, Bonn

Veranstalter: CME medipoint, Neusäß

Sponsor: Diese Fortbildung wurde von Mundipharma mit insgesamt 1.424,- € finanziell unterstützt. Die Inhalte der Fortbildung werden durch den Sponsor nicht beeinflusst.

Diese Fortbildung ist auf www.cme-medipoint.de online verfügbar.
Die Transparenzinformationen sind dort einsehbar.