

Raucherentwöhnung – eine Aufgabe für den Hausarzt

Wie spreche ich das Thema an?

ITTINGEN – Sprechen Sie Ihre Patienten auf einen Rauchstopp an? Hatten Sie mit Ihrem Vorgehen Erfolg? Häufig scheitern Hausärzte in ihren gut gemeinten Bemühungen, weil ihnen ein strukturiertes Konzept fehlt. Warum sich ein Rauchstopp lohnt und wieso gerade Hausärzte ihre Raucher für eine Entwöhnung motivieren und sie begleiten sollten, erfuhr man anlässlich des Medical Tribune-Seminars „Raucherentwöhnung und COPD – Aktuelle Empfehlungen für die Hausarztpraxis“.

Die gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums sind schon lange bekannt, erklärte PD Dr. Robert Thurnheer, Leitender Arzt Pneumologie, Kantonsspital Münsterlingen, einleitend. Die Hälfte aller Raucher stirbt daran, ein Viertel davon im Alter von 35 bis 69 Jahren. Erst seit einigen Jahren weiss man, dass ein Nikotinstopp mit 50 Jahren die Gefahr halbiert, ein Nikotinstopp mit 30 Jahren vermeidet sie. Raucher sterben im Durchschnitt etwa zehn Jahre früher als Nichtraucher. Weniger rauchen bringt hingegen nichts, denn das Risiko ist nicht linear, und beim Bronchuskarzinom spielt die Rauchdauer eine ebenso wichtige Rolle wie die Anzahl Zigaretten.

„Im Alter von 25 Jahren hat man die beste Lunge“, so der Referent. „Danach nimmt die Lungenfunktion ab, also auch bei Nichtrauchern oder gegen Zigarettenrauch unempfindlichen Menschen, je nach Disposition.“ Etwa 40 % der Raucher entwickeln eine COPD. „Man kann nicht vorhersagen, wer COPD-gefährdet ist“. Wer die 30 %-FEV₁-Linie (FEV₁ in % des Wertes im 25. Lebensjahr) durchbricht, ist schwer krank. Zu diesem Zeitpunkt hilft ein Rauchstopp nichts mehr. Anders ist es, wenn jemand mit 45 Jahren aufhört. In diesem Fall gleicht sich der Abfall der Lungenfunktion demjenigen gleichen Alters ohne Rauchen an. Darum empfiehlt Dr. Thurnheer den Hausärzten die Messung der Lungenfunktion (kleine Spirometrie), eine Peak Flow-Messung sei hingegen nicht sinnvoll. Bei eingeschränkter Lungenfunktion liegt ein guter Grund vor, das Thema Rauchstopp anzusprechen.

Sprechen Sie Ihre Raucher an!

„Hausärzte haben einen jährlichen Kontakt mit 80 % der Bevölkerung. Zudem besteht oft eine langjährige persönliche Beziehung. Schon deshalb lohnt sich ein Engagement der Hausärzte“, betonte Dr. Hans Zuppinger, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, Kreuzlingen. Eine Intervention ist für über 95 % der Ärzte und für über 90 % der Patienten akzeptabel, unabhängig von ihrem Motivationsgrad. Die Konsultation oder eine Hospitalisation sind besonders geeignete Momente, eine Raucherentwöhnung in Angriff zu nehmen.

Wer als Hausarzt kein Konzept für eine strukturierte Vorgehensweise hat, wird bei seinen Bemühungen, die Patienten vom Rauchen abzubringen, bald resignieren, so auch Dr. Zuppingers Erfahrung.

Die Raucherentwöhnung ist als Stufenprozess zu verstehen. Erst muss der Stellenwert des Rauchens, das Ausmass der Abhängigkeit und der Grad der „Motivation zum Rauchstopp“ beurteilt werden. Meistens braucht es mehrere Anläufe, bis der Patient sich zum Rauchstopp entschliesst.

Bei Patienten, die sich nicht interessiert zeigen, reicht eine Kurzintervention. „Machen Sie auf den Nutzen eines Rauchstopps aufmerksam, z.B. auf die rasch bessere Lebensqualität und auf die Reduktion von Symptomen“. Der Schutz der Kinder, des Partners und das bessere Gedeihen des Fötus oder Neugeborenen können durchaus ein Grund zum Aufhören sein. Schliesslich kann der Patient auch Geld sparen: 1 Päckli Zigaretten pro Tag entspricht mehr als CHF 2000.- pro Jahr!

Zeigt sich der Patient ambivalent, ist ein Motivationsgespräch angezeigt. Bei der Beratung sollten die Einwände des Patienten, warum „es grad jetzt nicht geht“ in Frage gestellt und bei den aufgezählten Hindernissen Möglichkeiten zur Überwindung aufgezeigt werden.

„Will ein Patient einen Rauchstopp wagen, sollten Sie konkret eine Rauchstopp-Hilfe anbieten“, ermunterte der Allgemeinpraktiker seine Kollegen. Doch Interventionsstrategien müssen vorbereitet sein.

Bei mittleren Interventionen – Zeitaufwand ca. zehn Minuten – wird die Hilfe zur Verhaltensänderung angeboten. Im Beratungsgespräch sollten der Entschluss zum Aufhören unterstützt, das Datum des Rauchstopps festgelegt, unterstützende, medikamentöse Massnahmen offeriert sowie Verhaltensstrategien erarbeitet werden, um Risikosituationen zu antizipieren oder zu vermeiden. Schliesslich gehört auch die Planung der Nachbetreuung dazu (1 + 2 + 4 + 8 Wochen sowie bei Bedarf).

„Für eine intensive Intervention und für die Rückfallprophylaxe sollten Sie 30 Minuten einplanen“, empfahl Dr. Zuppinger.

„Die Intervention des Arztes ist wirksam und Rauchende können ihr Verhalten ändern. Mit der

Pharmakotherapie verdoppeln Sie Ihre Wirksamkeit. Individualisieren Sie Ihre Beratung wie auch die entsprechende Pharmakotherapie. Aber auch die interne Organisation muss auf mehr Unterstützung beim Rauchstopp Ihrer Patienten ausgerichtet sein“, lauteten die mit Überzeugung vorgetragenen Empfehlungen des Praktikers.

Welche Medikamente?

Mit der Kombination von strukturiertem Programm, Nikotinersatz und Medikamenten steigt die Erfolgchance massiv, betonte Dr. Thurnheer. Als medikamentöse Unterstützung stehen Nikotin*-Ersatzpräparate (NRT), Psychopharmaka und Vareniclin* zur Verfügung.

Welches NRT gewählt wird, hängt vom Schweregrad der Abhängigkeit, den persönlichen Präferenzen und der Vorgeschichte ab. Verschiedene NRT lassen sich durchaus kombinieren (langsame und rasche Nikotinabgabe). Die Nebenwirkungen der NRT sind nicht besonders schwer. Bei Insult, ACS, Rhythmusstörungen, Schwangerschaft und Stillzeit sind NRT aber „kontraindiziert“. Bei Jugendlichen besteht die Gefahr des Missbrauchs.

Bupropion* ist ein selektiver Hemmer der Wiederaufnahme von Katecholaminen. „Der zusätzliche Benefit nach zwölf Monaten beträgt bescheidene plus 9 % Dauerabstinentenz“, so der Referent. Man beginnt 14 Tage vor Rauchstopp mit 1 Retardtablette à 150 mg pro Tag während sechs Tagen, gefolgt von zweimal täglich 150 mg (mindestens acht Stunden Abstand einhalten). Die Behandlungsdauer beträgt sieben Wochen. Schlaflosigkeit, Mundtrockenheit und Appetitlosigkeit sind



Fotos: juplimages

Meistens braucht es mehrere Anläufe, bis der Patient sich zum Rauchstopp entschliesst. Sie als Hausarzt können ihn dabei tatkräftig unterstützen.

die Nebenwirkungen. Vorsicht ist wegen der zahlreichen Interaktionen von Bupropion mit anderen Psychopharmaka angezeigt.

Neu steht auch Vareniclin, ein partieller nikotinergischer Acetylcholin-Rezeptor-Agonist-Antagonist zur Verfügung. Der Agonismus mildert die Entzugssymptome, der Antagonismus mindert den Genuss durch Rauchen. Es wird mit 0,5 mg einmal täglich begonnen und die Dosis über eine Woche auf 1 mg zweimal täglich gesteigert. Die Therapiedauer beträgt zwölf Wochen, wobei eventuell noch einmal ein 3-Monatszyklus angehängt werden kann. Das Präparat darf nicht mit einem NRT kombiniert werden. Als Nebenwir-

kungen kommen Kopfschmerzen, Übelkeit und Insomnie/Träume vor. Nach Markteinführung gab es allerdings Meldungen über weitere Nebenwirkungen wie Aggressivität, Suizidalität, Epilepsie.

Die Hausärzte sind gefordert, wenn sie ihre Patienten beim Entwöhnungsprozess begleiten sollen. Die von den Firmen Boehringer Ingelheim und Pfizer sowie von der Lungenliga Schweiz unterstützte Medical Tribune-Seminarreihe bietet Hausärzten eine Hilfestellung bei dieser schwierigen, aber durchaus dankbaren Aufgabe. AWF

*Siehe Präparate-Index Seite 12

Informationen zu weiteren Seminardaten und zur Anmeldung finden Sie auf Seite 26.



PD Dr. Robert Thurnheer

Fotos: AWF



Dr. Hans Zuppinger

Auch für hypertone Diabetespatienten gültig

Kombination mit Kalziumantagonist ist besser

SAN FRANCISCO – Die Fixkombination aus ACE-Hemmer und Kalziumantagonist verbessert die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität im Vergleich zur Kombination aus ACE-Hemmer und Diuretikum. Diese Ergebnisse der ACCOMPLISH-Studie gelten auch für Diabetespatienten.

In der ACCOMPLISH¹-Studie verglich man bei insgesamt 11 463 Hypertonikern mit hohem kardiovaskulärem Risiko die Wirkungen von zwei Fixkombinationen: Amlodipin* plus Benazepril* bzw. Hydrochlorothiazid* und Benazepril. Die Studie wurde im Oktober 2007 aufgrund der Überlegenheit der Amlodipin-Kombination vorzeitig

abgebrochen. Im Vergleich zur Diuretika-Fixkombination reduzierte sie die kardiovaskuläre Morbidität bzw. Mortalität um 20 % (p=0,0002).

Diese guten Resultate konnten auch in der Subgruppe der Patienten mit Diabetes erreicht werden. Die glykämische Kontrolle hatte dabei keinen Einfluss auf den kardiovaskulären Endpunkt, erklärte Professor Dr. George L. Bakris, University of Chicago, Illinois, an der 68. Jahresversammlung der American Diabetes Association.

Von den über 11 000 Patienten der Studie waren 60 % Diabetiker, die sich zu Beginn in einigen Punkten von Nicht-Diabetikern unterschieden: Bei ihnen wurden höhere Nüchternblutzuckerwerte und Triglyzeridspiegel sowie ein niedrigeres HDL-Cholesterin gemessen.

Ausserdem hatten sie häufiger eine Albuminurie bzw. eine Mikroalbuminurie.

Nach sechs Monaten Therapie hatten 42,8 % der Zuckerpatienten einen Blutdruck <130/80 mmHg erreicht.

„Betrachtet man diese Ergebnisse, sollten Diuretika nicht als First-line-Therapie für Patienten mit Typ-2-Diabetes eingesetzt werden. Wenn der Blutdruck mehr als 20/10 mmHg über dem Zielwert von 130/80 mmHg liegt, sollte mit einer Kombinationsbehandlung begonnen werden – und eine Substanz sollte ein Kalziumantagonist sein. Dies ist ein Paradigmenwechsel“, lautete das Fazit des Referenten. pg

¹Avoiding cardiovascular events through combination therapy in patients living with systolic hypertension