

Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit

SUCHTMEDIZIN: Das Tabakproblem ist nicht allein oder nur zum Teil mit politischen Maßnahmen zu lösen, sondern auch und vor allem mit ärztlicher Intervention anzugehen.

TABAKKONSUM UND TABAKABHÄNGIGKEIT haben in allen Bereichen der Medizin große Bedeutung. Tabakasoziierte Erkrankungen betreffen den menschlichen Organismus tatsächlich „von Kopf bis Fuß“. Denn maligne Erkrankungen können in allen Organsystemen auftreten, in denen die polyzyklischen Kohlenwasserstoffe („Teer“), die durch das Verbrennen von Tabak entstehen, ihre Wirkung entfalten. Das sind vor allem Atem- und Verdauungstrakt und das Urogenitalsystem. Das ebenfalls bei der Verbrennung entstehende Kohlenmonoxid ist wesentlich verantwortlich für atherosklerotische Prozesse, die in so gut wie allen Gefäßsystemen zu folgenschweren Störungen führen können: Myokardinfarkt, Schlaganfall und periphere arterielle Verschlusskrankheit sind die bekanntesten Beispiele. Daraus ergeben sich folgende Indikationen für eine Intervention durch das medizinische System: die präventive, die therapeutische und die im Rahmen der Rehabilitation.

INDIKATION ZU PRÄVENTION, THERAPIE UND REHABILITATION

Eine präventive Indikation, sich mit dem Tabakkonsum oder der Tabakabhängigkeit auseinander zu setzen, wird besonders am Beispiel Bronchuskarzinom deutlich, denn 85–90% aller Erkrankungsfälle sind auf Tabakkonsum zurückzuführen. Ähnliche, wengleich quantitativ unterschiedliche Beziehungen ergeben sich aus den Erkrankungsformen des kardiovaskulären Systems. Bekannt ist auch der Einfluss des Rauchens auf den Schwangerschaftsverlauf. Das Passivrauchen ist heute als zusätzliches gesundheitliches Problem anerkannt,

präventive Maßnahmen sind hier unter dem Oberbegriff „Nichtraucherschutz“ zusammengefasst.

Die therapeutische Indikation ergibt sich dann, wenn das Bestehen bzw. das Fortschreiten einer Erkrankung unmittelbar oder mittelbar durch das Tabakrauchen beeinflusst wird. Das typische Beispiel ist der Komplex der COPD-Erkrankungen, die ohne Erzielung von Tabakabstinenz nicht ausreichend therapiert werden können. Ähnlich ist auch die Situation bei den Gefäßerkrankungen, vor allem der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit.

Die Tatsache, dass von 500 PatientInnen, die in einer gefäßchirurgischen Abteilung behandelt wurden, nur 14% niemals geraucht haben, wie kürzlich berichtet, überrascht nicht sonderlich.

Die Indikation im Bereich der Rehabilitation ergibt sich aus den Überlegungen, die auch für den Bereich der Therapie gelten.

POLITISCHE UND MEDIZINISCHE MASSNAHMEN GEFORDERT

Wie gehen wir aber mit der Krankheit Tabakabhängigkeit vielfach noch um? Man belässt es bei einem wohlmeinenden Rat, der wie bei jeder anderen Abhängigkeit meist nicht befolgt wird oder nicht befolgt werden kann. Denn das liegt in der Natur einer Abhängigkeit. Noch immer verschließen sich große Teile des medizinischen Systems dieser Tatsache und verweigern eine seriöse, wissenschaftlich fundierte, dem Ärztesgesetz entsprechende Auseinandersetzung mit den diagnostischen und therapeutischen Strategien, die für die Tabakabhängigkeit zur Verfügung stehen. Diese gibt es, sie sind wissenschaftlich evaluiert und standardisiert. Bei chronischen, therapieresistenten RaucherInnen muss man eine Überprüfung der gesamten Risikokonstellation inklusive der labormäßig zu erfassenden Risikofaktoren (z.B. Fettstoffwechselstör-

JÄHRLICHER ZIGARETTENKONSUM PRO PERSON



The Tobacco Atlas, WHO, 2002

Tabakabhängigkeit – kurz notiert

- 85–90% aller Bronchuskarzinome sind auf Tabakkonsum zurückzuführen.
- Nur rund 14% aller PatientInnen an gefäßchirurgischen Abteilungen haben niemals geraucht.

Diagnostik: Bei jedem rauchenden Patienten, der das medizinische System in Anspruch nimmt, muss eine Basisdiagnostik durchgeführt werden – Fagerström-Test und Kohlenmonoxidmessung statt der durch den gesellschaftlichen Druck immer unzuverlässiger werdenden Befragung.

Therapie: Obwohl es, wie für viele andere pathologische Zustände auch, für die Tabakabhängigkeit keine Heilung gibt, sind etablierte Therapien anzuwenden.

Gesundheitspolitische Maßnahmen: Um den noch immer zu hohen Zigarettenkonsum in Österreich zu reduzieren, lässt sich für das Gesundheitswesen folgender Maßnahmenkatalog definieren:

- Anerkennung der Tatsache, dass Rauchverhalten in bestimmten Fällen Krankheitscharakter hat.
- Integration dieses Prinzips auf allen Ebenen des medizinischen Versorgungsbereiches.
- Routinemäßige Anwendung der Basisdiagnostik (Fagerström-Test und CO-Messung).
- Durchführung der Therapie auf Basis von evidenzbasierten Verfahren.
- Weitere Etablierung spezialisierter Einrichtungen für Ausbildungs-, Informations- und Therapieaufgaben.
- Anerkennung der Risikogruppe chronische RaucherInnen.

rungen, Hypertonie) anstreben. Versorgung mit – bei Rauchern besonders wesentlichen – Schutzimpfungen (Influenza, Pneumokokken). Vorsorgemaßnahmen im Sinne von Screenings sind ebenfalls zu erwägen. In dieser Hinsicht haben also die vorgelegten Befunde über das Rauchverhalten von GefäßpatientInnen eine große prinzipielle gesundheitspolitische, aber auch standespolitische Bedeutung. Das Tabakproblem, das wir bei unseren PatientInnen sehen, ist nicht allein oder nur zum Teil mit den üblichen politischen Maßnahmen zu lösen, sondern auch und vor allem mit unserer ärztlichen Intervention anzugehen.

OBJEKTIVE MESSUNG STATT BEFRAGUNG

Üblicherweise werden die Häufigkeit und andere epidemiologische Parameter des Rauchverhaltens noch immer durch das Instrument der Befragung erhoben. Hier wird sich in Zukunft eine methodische Ergänzung durch objektive Messung (z.B. Kohlenmonoxid in der Ausatemluft) anbieten. Es ist bereits heute angesichts der sozialen Diskriminierung des Rauchverhaltens nicht mehr anzunehmen, dass man bei bestimmten Personengruppen tatsächlich verlässliche Daten erhalten kann, wenn man nur nach dem Konsum von Tabakwaren fragt und diesen nicht biochemisch

belegt. Es gibt auch nicht „die Raucherin“ oder „den Raucher“, sondern Personen, die verschiedene Ausprägungen eines Risikoverhaltens zeigen. Man wird sich hier auch im gegebenen Fall bemühen, den Konsum anderer psychoaktiver Drogen in etwa zu differenzieren; so erhebt man in bestimmten Fällen eine eher detaillierte Anamnese des Alkoholkonsums und ergänzt die Angaben der PatientInnen durch verschiedene Laborparameter.

ALS KRANKHEIT DIAGNOSTIZIEREN UND THERAPIEREN

Knapp 50% der PatientInnen rauchen, werden in der Folge krank, weil sie die Kriterien der Abhängigkeit erfüllen. Die Tabakabhängigkeit ist eine Krankheit (siehe in diesem Zusammenhang auch die ICD-10, Position F17.2). Hier kommt die Verantwortung ins Spiel, die wir im medizinischen System tragen: Eine Krankheit wird nach unserem gesundheitspolitischen und

gesellschaftlichen Verständnis diagnostiziert und therapiert, ohne Ausnahme! Bei jedem rauchenden Patienten, der das medizinische System in Anspruch nimmt, muss eine Basisdiagnostik durchgeführt werden. Diese ist nicht aufwendig und leicht zu erlernen.

Fagerström-Test: Die Abhängigkeit wird mit dem aus einigen wenigen Fragen bestehenden Fagerström-Test gemessen. Man kann sich auch auf eine Frage beschränken: „Wie lange dauert es nach dem Erwachen, bis Sie die erste Zigarette anzünden?“ Die „time to first cigarette“ ist ein wesentlicher Indikator, je kürzer, desto wahrscheinlicher ist eine hohe Abhängigkeit.

Kohlenmonoxidbestimmung: Durch Bestimmung des Kohlenmonoxids in der Ausatemluft kann die aktuelle Schadstoffbelastung ermittelt werden. Dieses Verfahren ist einfach, unbelastend und auch in keiner Weise teuer. Mit einem objektiven Messwert hat man eine gute Gesprächsgrundlage mit den Raucherinnen und Rauchern, außerdem eine in der Medizin übliche Messgröße. Damit operieren wir ja auch, wenn es um Stoffwechselstörungen geht oder beim Blutdruck etc. Außerdem besteht damit die Möglichkeit, eine bestehende Abstinenz zu ermitteln und den Therapieerfolg zu evaluieren.

Dimension des Verlangens: z.B. Stressreduktion, Gewichtskontrolle, usw.

KEINE HEILUNG MÖGLICH, THERAPIE NÖTIG

Man muss dabei aber anerkennen, eine Heilung einer Abhängigkeit gibt es in $\frac{1}{5}$ der Fälle nicht. Das gilt jedoch gleichermaßen für viele pathologische Zustände, die wir ebenfalls nicht heilen, sondern nur verbessern können. Wenn es also eine etablierte Therapie gibt, dann ist sie auch anzuwenden. Dies ist ein Grundprinzip der Medizin, ganz besonders in unserem hochentwickelten Versorgungssystem.



o. Univ.-Prof. Dr. MICHAEL KUNZE, Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien, michael.kunze@meduniwien.ac.at

Univ.-Doz. Dr. ERNEST GROMAN, Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien, Nikotin Institut, ernest.groman@meduniwien.ac.at

