SpringerWienNewYork

Überarbeitung der Standards der Tabakentwöhnung Update 2010
Konsensus der ÖGP Österreichische Gesellschaft für Pneumologie
in Zusammenarbeit mit folgenden Gesellschaften und Institutionen:

Anton-Proksch-Institut
Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen
Nikotininstitut
Institut für Gesundheitsförderung und Prävention
Österreichische Adipositasgesellschaft
Österreichische Apothekerkammer
Österreichische Diabetesgesellschaft
ÖGAM Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
Österreichische Gesellschaft für Angiologie
ÖGA Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin
Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin
Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde
Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
Österreichische Gesellschaft für Psychologie
Österreichische Gesellschaft für Schlaganfallforschung
Österreichische Kardiologische Gesellschaft
Österreichische Gesellschaft für Suchtmedizin
Rauchertelefon
Verband der DiätologInnen Österreichs

Alfred Lichtenschopf

Standards der Tabakentwöhnung

Konsensus der Österreichischen Gesellschaft
für Pneumologie – Update 2010

SpringerWienNewYork

Dr. Alfred Lichtenschopf

Internist, Allgemeiner Psychotherapeut,
Additivfacharzt für Rheumatologie
Ärztlicher Leiter des Rehabilitationszentrums Weyer/Enns

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Buch berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Produkthaftung: Sämtliche Angaben in diesem Fachbuch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung und Kontrolle ohne Gewähr. Eine Haftung des Autors oder des Verlages aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

© 2012 Springer-Verlag/Wien
Printed in Germany
SpringerWienNewYork ist ein Unternehmen von Springer Science + Business Media springer.at

Korrektorat: Karin Leherbauer-Unterberger
Satz und Grafiken: Werner Berghofer, 6121 Baumkirchen, Österreich
Druck und Bindung: Strauss GmbH, 69509 Mörlenbach, Deutschland
Gedruckt auf säurefreiem, chlorfrei gebleichtem Papier
SPIN: 80113334
Mit 11 Abbildungen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

ISBN 978-3-7091-0978-6

Vorwort Präsident

Die österreichische Gesellschaft für Pneumologie empfindet sich als Anwalt für Lungengesundheit. Eine der wichtigsten Voraussetzungen dafür ist saubere Luft zum Atmen. Häufig wird übersehen, dass die Feinstaubbelastung besonders in Innenräumen sehr hohe Werte erreichen kann und hier Zigarettenrauch zu den wichtigsten Komponenten gehört.

Die meisten RaucherInnen würden gern aufhören zu rauchen oder wenigstens reduzieren. Allein ihre Sucht hindert sie daran. Die Rauchentwöhnung ist eine große und schwierige Aufgabe. Die vorliegende Richtlinie erläutert kurz und prägnant die evidenzbasierten Prinzipien. Gleichzeitig ist sie umfassend und berücksichtigt psychologische, pharmakologische und sozialmedizinische Aspekte. Die österreichische Gesellschaft für Pneumologie ist stolz auf diese Leitlinie, die allen beteiligten Berufsgruppen Orientierung und Hilfestellung bei ihren Bemühungen zur Tabakentwöhnung leistet.

Univ.-Prof. Dr. Horst Olschewski
Präsident der ÖGP

Vorwort Update 2010

2005 hat die ÖGP (Österreichische Gesellschaft für Pneumologie) die Standards der Raucherentwöhnung publiziert. Nach vielen Neuerungen in der Tabakentwöhnung war es an der Zeit, die Standards zu überarbeiten.

Zu unserer großen Freude ist es gelungen, nahezu alle Anbieter einer Tabakentwöhnung einschließlich aller relevanten Berufsgruppen in die Überarbeitung einzuschließen.

Mehr als 20 ExpertInnen haben in vielen Stunden ihr wissenschaftliches Know-how eingebracht. Ich möchte mich ganz ausdrücklich für die geleistete Arbeit bedanken. Sie konnte nur gelingen durch das große Engagement aller Beteiligten.

Besonders hervorheben möchten wir, dass diese Standards mithelfen sollen, den ständig wachsenden Umfang an wissenschaftlichen Arbeiten in „best clinical practice“ umzusetzen.

Sie wollen Hilfestellung und Empfehlung sein. Sie sind keine Gesetze, die zwingend vorschreiben, wie im Einzelfall vorzugehen ist. Das ist Sache der Arzt- bzw. Therapeut-Patient-Beziehung, die die spezifische Therapie im Detail formt.

Diese Standards sind unabhängig von Firmeneinflüssen entstanden, es gibt kein offenes oder geheimes Sponsoring. Diese Standards bilden die

aktuelle Evidenz der Tabakentwöhnung ab, nach bestem Wissen der oben angeführten ExpertInnen und Organisationen.

Folgende ExpertInnen haben durch ihre Beiträge die Überarbeitung der Standards ermöglicht:
Prim. MR Dr. Kurt Aigner, Mag. Stefan Baumgartner, Drin. Edith Benkö, Dr. Helmut Brath, A.O. Univ.-Profin. Drin. Marianne Brodmann, Drin. Julia Ferrari, Univ.-Doz. Dr. med Ernest Groman, Univ.-Profin. Drin. Gabriele Fischer, Maga. Patricia Göttersdorfer, Drin. Karin Haar, Maga. pharm. Bettina Halmschlager, Drin. Renate Hoffmann-Dorninger, Drin. Kathryn Hoffmann, OÄ Drin. Irmgard Homeier, AO Univ.-Prof. Dr. Fritz Horak, Maga. Drin. Gerda Kaiser, Prim. Univ.-Prof. Dr. Christian Leithner, Univ.-Prof. Dr. Otto Lesch, Prim. Dr. Alfred Lichtenschopf, Dr. Markus Lobendanz, Maga. Sophie Meingassner, Univ.-Prof. Dr. Manfred Neuberger, Mag. Ernst Neudorfer, Maga. Drin. Edith Pickl, Maga. Drin. Elfriede Amtmann, Prim. Univ.-Prof. Dr. Josef Riedler, Diätologin B. A. Schmid, Univ.-Prof. Dr. Rudolf Schoberberger, Univ.-Prof. Dr. Thomas Stefenelli, Maga. Alexandra M. Beroggio, Univ.-Prof. Dr. Hermann Toplak, OA Dr. Ali Zoghlami, Univ.-Prof. Dr. Hartmut Zwick

Reviewer:
Prof. Dr. Stefan Andreas, Prof. Dr. Anil Batra, Dr. med. Pötschke-Langer, Nick K. Schneider, Dipl. Psych. Astrid Albrecht

Leiter und Organisator
Prim. Dr. Alfred Lichtenschopf

Alle AutorInnen haben erklärt, dass sie in keiner wie immer gearteten geschäftlichen Verbindung mit der Tabakindustrie stehen. Für keine/n der AutorInnen besteht ein Interessenskonflikt mit der Pharmaindustrie.

Vorwort 2005

Tabakrauchen ist international die häufigste vermeidbare Ursache von Krankheit und vorzeitigem Tod. Weltweit werden durch Rauchen jährlich 3,5 Millionen Todesfälle verursacht, in Österreich geschätzte 10.000.

Acht von zehn COPD-Patienten haben als Hauptursache ihrer Erkrankung das Tabakrauchen.

Das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, ist beim/bei der RaucherIn verzehnfacht.

Die einzige Therapie, die die COPD kausal behandelt, ist die Raucherentwöhnung.

Das Ausmaß der tabakindizierten Gesundheitsschäden wurde für Deutschland nach jüngsten Berechnungen auf 15 Milliarden Euro geschätzt!

Aus diesen Gründen ist die Raucherentwöhnung eine wichtige und unersetzliche Therapie im pulmologischen Alltag.

Voraussetzung für eine erfolgreiche ärztliche Intervention ist eine wissenschaftlich fundierte Information.

Die im Folgenden vorliegende evidenzbasierte Leitlinie stellt Ihnen die wissenschaftliche Grundlage für die verschiedenen Anteile einer wirksamen Raucherentwöhnung vor, insbesondere Beratung, medikamentöse und nicht medikamentöse Therapie.

Wir geben eine kurze Zusammenfassung unserer Empfehlungen unter Standardisierung der Raucherentwöhnung und empfohlene Elemente.

Im folgenden Teil wird die wissenschaftliche Evidenz der Raucherentwöhnung referiert.

Diese Leitlinien repräsentieren den Konsens der ÖGP (Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie).

Er wurde erarbeitet von:

Prim. Dr. K. Aigner

OA Dr. I. Homeier

Dr. W. Koessler

Univ.-Prof. Dr. Prim. H. Zwick

Unter Federführung von Prim. Dr. A. Lichtenschopf

Inhaltsverzeichnis

Einleitung ... 1

Erarbeitung der Standards ... 1
Inhalte der Standards ... 2
Die zehn Hauptempfehlungen ... 3

1 Grundlagen ... 5

1.1 Epidemiologie ... 5
1.2 Wasserpfeife ... 10
1.3 Tabakabhängigkeit, Nikotin und Sucht ... 14
1.4 Tabakabhängigkeit aus neurobiologischer Sicht ... 17
1.5 Tabakrauchen als chronische Erkrankung ... 20
1.6 Diagnostik und Anamnese ... 21

2 Behandlung ... 29

2.1 Beratung und psychosoziale Behandlung in der Tabakentwöhnung ... 29
2.1.1 Kurzinterventionen ... 29
2.1.2 Intensive Entwöhnstrategien ... 31
2.1.3 Quantitative Kriterien der Beratung und psychosozialen Behandlung ... 32
2.1.4 Qualitative Kriterien der Beratung und psychosozialen Behandlung ... 34
2.1.5 Arten des Settings ... 36
2.1.6 Elemente der psychosozialen Beratung und verhaltensbezogener Behandlung ... 39
2.1.7 Konsonante RaucherInnen ... 42
2.1.8 Nachbehandlung ... 44
2.1.9 Empfehlungen zur psychosozialen Beratung und Behandlung ... 45
2.1.10 Empfehlung hinsichtlich anderer psychologischer Behandlungsansätze in der Tabakentwöhnung als verhaltensbezogene ... 48
2.1.11 Tabakentwöhnungsberatung und Behandlung durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte und diplomierte Hebammen ... 49

2.2 Medikamentöse Therapie ... 51
2.2.1 Nikotinersatztherapie ... 51
2.2.2 Bupropionhydrochlorid ... 64
2.2.3 Vareniclin ... 69
2.2.4 Second-line-Medikamente ... 73
2.2.5 Andere nicht empfohlene medikamentöse Hilfsmittel ... 77
2.3 Nicht medikamentöse Hilfsmittel ... 84
2.3.1 Akupunktur ... 84
2.3.2 Hypnotherapie ... 85
2.3.3 Aversives Rauchen ... 86
2.3.4 Körperliche Bewegung ... 87
2.4 Nikotinimpfung ... 90
2.5 Tabakentwöhnung bei speziellen Populationen ... 95
2.5.1 Kinder und Jugendliche ... 95
2.5.2 Rauchende Schwangere ... 105
2.5.3 Spezielle Aspekte bei Lungenerkrankungen ... 119
2.5.4 Herz-Kreislauf-Erkrankungen ... 130
2.5.5 Spezielle Aspekte der Tabakentwöhnung bei zerebrovaskulären Erkrankungen ... 135
2.5.6 Diabetes und Stoffwechselaspekte ... 138
2.5.7 Tabakentwöhnung in der Allgemeinmedizinischen Praxis – Aus dem ÖGAM-Konsensus-Statement ... 148
2.5.8 Genderspezifische Aspekte ... 156
2.5.9 Tabakentwöhnung bei Adipositas und Metabolischem Syndrom ... 171
2.5.10 Alkohol und Tabak ... 177

3 Kosten-Nutzen-Berechnung einer Tabakentwöhnung ... 191

3.1 Kosten durch das Rauchen ... 191
3.2 Nutzen des Rauchens ... 193
3.3 Gegenüberstellung von Kosten und Nutzen des Rauchens ... 194
3.4 Kosteneffektivität von Tabakentwöhnungsprogrammen ... 194
3.5 Cost per quality adjusted life year saved (QALY) ... 195
3.6 Disability adjusted life years (DALY) ... 196
3.7 Kosten pro Rauchstopp und Pflegekosten ... 197
3.8 Return on Investment (ROI) ... 197

2.2 Medikamentöse Therapie

Es sind zahlreiche Medikamente zur Behandlung der Tabakabhängigkeit vorhanden. Alle ExpertInnen in Gesundheitsberufen sollten ihre PatientInnen ermutigen, diese Medikamente für einen Rauchstopp einzusetzen – außer bei Kontraindikationen oder bei speziellen Populationen, für die eine ungenügende Evidenz für die Wirksamkeit besteht (z. B.: Schwangere, leichte RaucherInnen, Adoleszente).

Sieben First-Line-Medikamente aus drei Substanzgruppen erhöhen verlässlich die Langzeitabstinenz (fünf Nikotinersatztherapieprodukte, zwei andere):

- Nikotinkaugummi
- Nikotininhaler
- Nikotinsublingualtablette und Nikotinlutschtabletten (in Österreich nicht erhältlich)
- Nikotin-Nasalspray
- Nikotinpflaster
- Vareniclin
- Bupropionhydochlorid

Beratung allein ist in der Behandlung der Tabakabhängigkeit wirksam. Die Kombination mit medikamentöser Behandlung erhöht die Erfolgsrate einer Tabakentwöhnung zusätzlich. Daher sollten die ExpertInnen in Gesundheitsberufen alle RaucherInnen, die einen Rauchstopp vorhaben, sowohl die Beratung als auch gegebenenfalls die medikamentöse Behandlung empfehlen. Medikamentöse Behandlung ohne Beratung wird nicht empfohlen.

First-Line-Medikamente

2.2.1 Nikotinersatztherapie

Rudolf Schoberberger

Rationale der Nikotinersatztherapie

Bei der Raucherentwöhnung vermindert die Einnahme von Nikotin die Entzugserscheinungen in den ersten Monaten, wodurch dem Betroffenen die Bewältigung der psychologischen und verhaltensrelevanten Aspekte des Rauchens erleichtert wird. Durch die Nikotinersatztherapie (NRT) werden – verglichen mit dem Rauchen (vor allem hinsichtlich der hohen Spitzenwerte, die beim Rauchen erzeugt werden) niedrigere Nikotinspiegel aufgebaut.

Wenngleich eine gewisse Abhängigkeitswirkung bei NRT-Präparaten vorhanden ist, wird diese in der Literatur als gering und generell unter 10 % eingestuft [1]. Auch Hughes et al. [2] beschreiben, dass zwar häufiger ein vorübergehender gleichzeitiger Konsum von Inhalator und Zigarette beobachtet wird, selten aber aus anderen Gründen als zur Entwöhnung. Auch Missbrauch oder Abhängigkeit vom Inhalator sind in diesem Zusammenhang eine Rarität.

Die jüngste Meta-Analyse über Nikotinersatz wurde 2008 von der Cochrane-Gruppe durchgeführt [3]. Es wurden nur randomisierte Studien aufgenommen, die Nikotinersatz mit Placebo oder keiner Behandlung verglichen oder Studien, in denen verschiedene Dosierungen von Nikotinersatz verglichen wurden. Studien mit einer Nachbeobachtungszeit unter sechs Monaten wurden ausgeschieden. Die wichtigste Messdeterminante war Rauchabstinenz nach mindestens sechs Monaten. Die rigoroseste Definition für Abstinenz in der jeweiligen Studie wurde verwendet, ebenso biochemische Validierung, falls vorhanden.

Es wurden 132 Studien mit über 43.000 Teilnehmern identifiziert. Die Untersuchungen stammen überwiegend aus Amerika (66 Studien) und Europa (55 Studien). Bei den Studienteilnehmern handelt es sich vornehmlich um Erwachsene im durchschnittlichen Alter von 40 bis 50 Jahren. Typischerweise wurden RaucherInnen mit einem Konsum von mindestens 15 Zigaretten pro Tag rekrutiert, die mittlere Tagesdosis lag in den meisten Studien bei über 20 Stück. 111 Studien beschäftigten sich mit der primären Frage nach Wirksamkeit eines oder mehrerer NRT-Produkte verglichen mit Placebo oder einer anderen Kontrollgruppe, die kein NRT-Produkt erhielt. Dabei untersuchten 53 Arbeiten den Nikotinkaugummi, 41 das Nikotinpflaster, sechs die Nikotintabletten, vier den Nikotininhalator, eine die Kombination von Pflaster und Inhalator und zwei weitere stellten die Auswahl eines NRT-Medikamentes frei. Andere Untersuchungen widmeten sich Fragestellungen wie Behandlungsdauer, Dosis, Kombination verschiedener Applikationsformen im Vergleich zu einer Einzelanwendung und den kurzfristigen Einsatz von NRT vor der Abstinenz.

Die Odds Ratio für Abstinenz erzielt durch verschiedenen NRT-Produkte verglichen mit Placebo betrug 1,58 (95 % Kl = 1,50–1,66).

Odds Ratio für die verschiedenen Nikotinersatzstoffe:	
Kaugummi	1,43 (95 % KI = 1,33 –1,53, 53 Studien)
Nikotinpflaster	1,66 (95 % KI = 1,53–1,81, 41 Studien)
Nasalspray	2,02 (95 % KI = 1,149–2,73, 4 Studien)
Nikotininhaler	1,90 (95 % KI = 1,36–2,67, 4 Studien)
Tablette	2,00 (95 % KI = 1,63–2,75, 6 Studien)

Eine Metaregression auf Basis des Kaugummis zeigte lediglich einen statistisch signifikanten Unterschied zu der Tabletten-Applikation (p = 0,014) und nur eine marginale Differenz zum Nasalspray (p = 0,055).

Das U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) [4] führt so wie die Cochrane Tobacco Addiction Group – wenn auch in methodischer Hinsicht etwas unterschiedliche – Meta-Analysen durch. Dennoch weisen beide einen hohen Grad an Übereinstimmung auf (siehe auch „Standards der Raucherentwöhnung", [5]). Aufgrund dieser Studien lassen sich Empfehlungen verschiedener Evidenzstärken ableiten, die im Folgenden bei den einzelnen Medikamenten beschrieben werden.

2.2.1.1 Nikotinkaugummi

Nikotinkaugummi ist ein wirksames Medikament zur Tabakentwöhnung, sodass PatientInnen zur Verwendung bestärkt werden sollen = Evidenzstärke A
Stark nikotinabhängigen RaucherInnen soll eher der 4-mg- als der 2-mg-Nikotinkaugummi empfohlen werden = Evidenzstärke B
Nikotinkaugummi ist besonders geeignet für SpitzenraucherInnen und bei Mischtypen in Kombination mit dem Pflaster. Für RaucherInnen, die durch „Etwas-im-Mund- Haben" eine Beruhigungswirkung verspüren = Evidenzstärke C

Das Nikotin ist im ionenaustauschenden Harz der Gummigrundlage enthalten, Bicarbonat ist enthalten, um ein alkalisches Milieu in der Mundhöhle zu erreichen, wodurch die Absorption des Nikotins erleichtert wird. Um Nebenwirkungen durch verschlucktes Nikotin zu minimieren, ist eine genaue Instruktion der PatientInnen wichtig.

Der Kaugummi sollte nur 5- bis 10-mal gekaut werden, bis das Nikotin geschmeckt werden kann, dann sollte der Kaugummi für einige Minuten nicht gekaut werden, worauf durch neuerliches Kauen eine frische Oberfläche des Gummis eröffnet wird. Der Kaugummi kann etwa 20 bis 30 Minuten gekaut werden. Circa 0,8 mg bis 1,0 mg Nikotin kann aus einem 2-mg-Stück entzogen werden und circa 1,2–1,4 mg aus dem 4-mg-Stück [6]. Ein basaler Vorteil, der durch die Anwendung des Kaugummis erreicht wird, ist die Selbsttitration der Dosis verglichen mit dem Pflaster, das eine unveränderliche Dosis abgibt. So kann ein Stück Kaugummi eingenommen werden, wann immer es gewünscht oder gebraucht wird. Der prinzipielle Nachteil des Kaugummis ist die potenzielle Unterdosierung, die den mangelnden Erfolg in einigen Studien erklären könnte. Das angenäherte Dosisäquivalent für das höchste Nikotinpflaster beträgt 20 Stück des 2-mg-Kaugummis, wohingegen die durchschnittliche Einnahme des Kaugummis beim Groß-

teil der Studien nur um 5 bis 6 Stück beträgt. Eine Möglichkeit, die Einnahme des Kaugummis zu erhöhen, besteht in der fixen Dosierungsanordnung oder in der Verwendung von 4-mg-Stücken anstatt der 2-mg [7].

Nebenwirkung: hauptsächlich leichte, vorübergehende lokale Symptome im Mund, Rachen und Magen vom verschluckten Nikotin (z. B.: Übelkeit, Erbrechen, Schluckauf, Magenverstimmung).

Der Nikotinkaugummi kann allein oder in Verbindung mit dem Pflaster verwendet werden. Der 2-mg-Kaugummi kann bei RaucherInnen mit leichter bis mittelgradiger Abhängigkeit angewendet werden (z. B. Fagerström-Skala unter 6), wohingegen stark abhängige RaucherInnen (Fagerström-Skala >/= 6) mit dem 4-mg-Kaugummi beginnen sollten. Wenn ein/e RaucherIn mehr als 15 Stück des 2-mg-Kaugummis benötigt, kann es von Nutzen sein, wenn er/sie zum 4-mg-Kaugummi wechselt.

Bei einer Behandlungsdauer von mehr als 14 Wochen erhöht sich der Langzeiterfolg, eine individualisierte Anwendung der Dauer wird jedoch empfohlen. Zehn Prozent der erfolgreichen Entwöhner verwenden den Kaugummi noch zwölf Monate nach Beginn der Entwöhnung. Das USDHHS vergleicht in ihrem Update von 2008 (U.S. Department of Health and Human Services, 2008 [4]) in einer Meta-Analyse von 83 Studien die Effektivität der sechsmonatigen Abstinenzraten für verschiedene Medikamente und Kombinationen. Auch in diesem Zusammenhang ist die Therapie mit Nikotinkaugummi einer Placebobehandlung überlegen. Allerdings zeigt sich auch, dass der Langzeiteinsatz (über 14 Wochen) von Nikotinkaugummi noch wirksamer ist.

Medikation	Studienarme	Odds Ratio (95 % KI)	Abstinenzrate (95 % KI)
Placebo	80	1,0	13,8
Nikotinkaugummi (6–14 Wochen)	15	1,5 (1,2–1,7)	19,0 (16,5–21,9)
Nikotinkaugummi (> 14 Wochen)	6	2,2 (1,5–3,2)	26,1 (19,7–33,6)

2.2.1.2 Nikotinpflaster

Nikotinpflaster sind wirksame Medikamente zur Tabakentwöhnung, sodass PatientInnen zur Verwendung bestärkt werden sollen = Evidenzstärke A.
Das Nikotinpflaster ist eine einfache und diskrete Anwendungsform und besonders geeignet für SpiegelraucherInnen sowie Mischtypen in Kombination mit dem Kaugummi, der Sublingualtablette und dem Inhalator = Evidenzstärke C.

Das Nikotinpflaster ist ein fixes Nikotinabgabesystem, das etwa 1 mg Nikotin pro Stunde durch 16 Stunden oder 24 Stunden abgibt. Die Nikotinsubstitution beträgt circa 50 % des beim Rauchen erzielten Nikotinspiegels im Blut (21 mg beim 24-h-Pflaster und 15 mg beim 16-h-Pflaster). Verglichen mit dem Kaugummi ist die Anwendung des Pflasters um vieles einfacher, aber es ist keine Selbsttitrierung möglich [8].

Die empfohlene Anwendungsdauer beträgt acht bis zwölf Wochen.

Nebenwirkungen sind hauptsächlich milde lokale Hautirritationen, die bei 10 bis 20 % der Anwender auftreten. In lediglich 1,5 bis 2 % muss die Pflasterbehandlung wegen starker Hautreaktionen abgebrochen werden [8].

Wie die untenstehende Tabelle zeigt, kommt es durch den Einsatz von Nikotinpflaster nahezu zu einer Verdoppelung der Langzeit-Abstinenz gegenüber Placebo.

Medikation	Studienarme	Odds Ratio (95 % KI)	Abstinenzrate (95 % KI)
Placebo	80	1,0	13,8
Nikotinpflaster (6–14 Wochen)	32	1,9 (1,7–2,2)	23,4 (21,3–25,8)
Nikotinpflaster (> 14 Wochen)	10	1,9 (1,7–2,3)	23,7 (21,0–26,6)
Hoch dosiertes Nikotinpflaster > 25 mg	4	2,3 (1,7–3,0)	26,5 (21,3–32,5

Studien, die die Wirksamkeit bezogen auf die Anwendungsdauer untersuchten, konnten keinen statistisch gesicherten Unterschied nachweisen [9, 10, 11]. Auch kein Einfluss konnte nachgewiesen werden, wenn es am Ende der Therapie zu einem spontanen Absetzen oder einem Ausschleichen des Medikamentes kam. Weder wurde für die Verwendung des 16-Stunden-Pflasters versus dem 24-Stunden-Pflaster eine signifikant unterschiedliche

Evidenz für die Erfolgsquote gefunden noch beim Einsatz von hoch dosiertem Nikotinpflaster. Nur eine Studie verzeichnete signifikant höhere Abstinenzraten bei höherer Dosis [8].

2.2.1.3 Nikotininhalator

Nikotininhalatoren sind wirksame Medikamente zur Tabakentwöhnung, sodass PatientInnen zur Verwendung bestärkt werden sollen = Evidenzstärke A.
Nikotininhalatoren sind auch für weniger nikotinabhängige SpiegelraucherInnen, SpitzenraucherInnen und Mischtypen sowie in Kombination mit dem Pflaster geeignet. Besonders für RaucherInnen empfohlen, die bei Abstinenz das Ritual vermissen. Auch zur Umsetzung des „reduzierten Rauchens" hilfreich = Evidenzstärke C.

Jeder Inhalator enthält 10 mg Nikotin und kann angenähert 5 mg Nikotin freigeben. In der klinischen Anwendung wird bei jeder Inhalation ungefähr 1,5–2 mg Nikotin abgegeben und die Zahl der durchschnittlich pro Tag verwendeten Dosen beträgt fünf bis sechs. So sind die damit erreichten Nikotinspiegel mit denen bei der Anwendung von 2-mg-Kaugummi erreichten vergleichbar (das sind relativ niedrige Dosen).

Bei der Anwendung dieses Medikamentes ist zu berücksichtigen, dass nach Einlegen einer Füllung in den geöffneten Inhalator diese durch das Schließen aktiviert wird. Da die Nikotinaufnahmen nur über die Mundschleimhäute erfolgt, soll nicht inhaliert, sondern nur gepafft werden. Andernfalls kann es zu einem Kratzen im Hals kommen und die Wirkung reduziert sein. Der Inhalator kann immer wieder weggelegt und später mit der gleichen Füllung weiterverwendet werden. Nach spätestens 3 Stunden bzw. wenn keine Wirkung mehr verspürt wird, soll die Nikotin-Kapsel gewechselt werden.

Die berichteten Nebenwirkungen beinhalteten Mund-/Rachen-Irritationen und Husten [12]. Der Inhalator kann möglicherweise einige der Verhaltensweisen, die mit dem Rauchen assoziiert sind (z. B.: orale und taktile Verstärkung) ersetzen in Verbindung mit der zur Verfügungstellung von Nikotinersatz. Zumindest vier Inhalatorfüllungen sollten pro Tag verwendet werden, die optimale Zahl beträgt vier bis zehn pro Tag und die Dauer der Anwendung ist drei Monate mit drei weiteren Monaten der stufenweise Verminderung bei Bedarf. Mit schnellen und häufigen Zügen kann die Dosis erhöht werden.

Wie die folgende Tabelle zeigt, kommt es auch durch den Einsatz vom Nikotininhalator nahezu zu einer Verdoppelung der Langzeit-Abstinenz gegenüber Placebo.

Medikation	Studienarme	Odds Ratio (95 % KI)	Abstinenzrate (95 % KI)
Placebo	80	1,0	13,8
Nikotininhalator	6	2,1 (1,5–2,9)	24,8 (19,1–31,6)

2.2.1.4 Nikotin-Nasalspray

Nikotin-Nasalspray ist ein wirksames Medikament zur Tabakentwöhnung, sodass PatientInnen zur Verwendung bestärkt werden sollen = Evidenzstärke A
Nikotin-Nasalspray ist bei PatientInnen in ärztlicher Behandlung (rezeptpflichtig) besonders bei starker Nikotinabhängigkeit zu empfehlen. Eignet sich für SpitzenraucherInnen und Mischtypen, bei diesen auch in Kombination mit dem Pflaster = Evidenzstärke C.

Der Nikotin-Nasalspray (NNS) besteht aus einer handgetriebenen Spraypumpe mit einer Nikotinlösung. Jeder Hub enthält 0,5 mg Nikotin, womit 1 mg freigesetzt wird, wenn, wie vorgeschrieben in beide Nasenlöcher gesprayt wird.

Der NNS ist eine starke und schnell wirkende Nikotinersatzsubstanz mit einem pharmakokinetischen Profil, das sehr nahe dem der Zigaretten kommt. Nach einer Einzeldosis von 1 mg Nikotin wird der Spitzenspiegel innerhalb von fünf bis zehn Minuten erreicht mit einem mittleren Spiegel von 16 mg/ml.

Der Nasalspray verursacht folgende lokale Nebenwirkungen: Niesen, nasale Sekretion, Irritation und Stauung, wässrige Augen, Husten. Eine besonders starke Reizwirkung tritt dann auf, wenn der Nasenspray während der Einatmung appliziert wird. Über 5 % stufen diese Nebenwirkungen als inakzeptabel ein.

Der Großteil dieser Symptome nimmt in den ersten Tagen nach Beginn an Schwere ab. Die hochabhängige Gruppe der RaucherInnen scheint die Zielgruppe für diese Anwendung zu sein. Der NNS sollte für drei Monate verwendet werden, aber in den meisten Studien wurde er bis zu einem Jahr verwendet. Die Dosis beträgt 10 bis 40 Hübe in beide Nasenlöcher pro Tag. Wegen des seltenen Einsatzes in Österreich wurde der Nasalspray von der Firma vom Markt genommen, ist aber über internationale Apotheken erhältlich.

Wie die folgende Tabelle zeigt, kommt es durch den Einsatz des Nikotin-Nasalsprays zu mehr als einer Verdoppelung der Langzeit-Abstinenz gegenüber Placebo.

Medikation	Studienarme	Odds Ratio (95 % KI)	Abstinenzrate (95 % KI)
Placebo	80	1,0	13,8
Nikotin-Nasalspray	4	2,3 (1,7–3,0)	26,7 (21,5–32,7)

2.2.1.5 Nikotin-Sublingualtablette (Microtab)

Nikotin-Sublingualtabletten sind wirksame Medikamente zur Tabakentwöhnung, sodass PatientInnen zur Verwendung bestärkt werden sollen = Evidenzstärke B

Die mit der Sublingualtablette erzielbaren Nikotinspiegel sind ähnlich denen beim Kauen eines 2-mg-Nikotinkaugummis. Der Vorteil ist die wesentlich diskretere Anwendung – wenn etwa Kaugummikauen nicht angebracht oder durch Zahnersatz nicht möglich ist. Am Beginn der Verwendung können Mund- und Rachenentzündungen oder ein Brennen im Mund entstehen. Andere mögliche Nebenwirkungen sind Schluckauf, Kopfschmerz, Husten und leichte Übelkeit [13]. Bei den bisher noch wenigen Studien, die im Rahmen von Meta-Analysen Berücksichtigung finden konnten, wird eine Odds Ratio von 1,73 (95 % KI) beschrieben [14].

2. 2.1.6 Nikotinlutschtablette (Lozenge)

Nikotinlutschtabletten sind wirksame Medikamente zur Tabakentwöhnung, sodass PatientInnen zur Verwendung bestärkt werden sollen = Evidenzstärke B

Im Gegensatz zur Mikrotab wird dieses Medikament durch Lutschen im Mund aufgelöst, wobei das Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil zur Sublingualtablette oder zum Kaugummi kaum unterschiedlich ist. Die von der Cochrane Gruppe in Meta-Analysen aufgenommenen [6| Studien mit Nikotintabletten bzw. Lozenges bewerten das relative Risiko zu Placebo mit 2,00 (95 % KI, 1,63–2,45) [3]. In den Guidelines des USDHHS (2008) wird nur auf eine randomisiert kontrollierte Studie zurückgegriffen, die beim 2-mg-Lozenge eine Odds Ratio von 2,0 (95 % KI, 1,4–2,8) und beim 4-mg-Lozenge von 2,8 (95 % KI, 1,9–4,0) angibt. Die 6-Monats-Abstinenzraten betragen 24,2 % (2 mg) bzw. 23,6 % (4 mg), wobei die Erfolgsrate bei den Placebogruppen nur bei 14,4 bzw. 10,2 % lag. Der Einsatz von 2-mg-Lozenges war für leicht Nikotinabhängige (erste Zigarette nicht innerhalb der ersten halben Stunde nach dem Aufstehen) und die 4-mg-Tablette für stark Nikotin-

abhängige (erste Zigarette innerhalb der ersten 30 Minuten nach dem Aufstehen) vorgesehen.

2.2.1.7 Nikotinersatztherapie-Kombinationen

Bestimmte Kombinationen von First-Line-Medikamenten sind wirksam in der Rauchertherapie und deshalb bei entwöhnungswilligen PatientInnen in Erwägung zu ziehen = Evidenzstärke A
Medikamenten-Kombinationen führen zu einer wirksameren Unterdrückung von Entzugserscheinungen als Einzelmedikation = Evidenzstärke B

Untersuchungen, in denen die Kombination von zwei NRT-Produkten gegenüber der Therapie mit nur einem NRT-Präparat (sechs Studien) oder gegenüber keinem NRT-Medikament (eine Studie) analysiert wurde, zeigen einen statistisch gesicherten Vorteil der Kombinationstherapie (RR 1,35, 95 % KI = 1,11–1,63) [15]. Nur eine dieser Studien, die den Nasal-Spray in Kombination mit dem Pflaster gegenüber einer Therapie mit Pflaster alleine verglich, zeigt signifikant höhere Ein-Jahres-Abstinenzraten (RR 2,48, 95 % KI = 1,37–4,49) [16]. Die 6-Monats-Wirksamkeit verschiedener Kombinationstherapien ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Medikation	Studienarme	Odds Ratio (95 % KI)	Abstinenzrate (95 % KI)
Placebo	80	1,0	13,8
Nikotinpflaster > 14 Wochen + ad libitum Nikotinkaugummi oder Nikotin-Nasal-Spray	3	3,6 (2,5–5,2)	36,5 (28,6–45,3)
Nikotinpflaster + Nikotininhalator	2	2,2 (1,3–3,6)	25,8 (17,4–36,5)
Nikotinpflaster + Bupropion	3	2,5 (1,9–3,4)	28,9 (23,5–35,1)

2.2.1.8 Nikotinersatz vor der Entwöhnung

Bei Zusammenfassung von vier Studien, bei denen kurze Zeit vor dem angepeilten Rauchstopp ein Nikotinpflaster verwendet wurde, wird eine Zunahme des Entwöhnungserfolgs gegenüber jenen Studien, die das Pflaster erst ab dem Rauchstopp-Tag eingesetzt haben, registriert (RR 1,79, 95 %

KI = 1,17–2,72) [3]. Das USDHHS möchte allerdings noch keine Empfehlungen für den Einsatz von NRT vor dem Rauchstopp abgeben, da Unklarheit herrscht, ob dieser Effekt nur kurzfristig oder auch langfristig nachweisbar ist. Weitere Forschung auf diesem Gebiet wird abgewartet.

2.2.1.9 Nikotinersatz bei Personen ohne Abstinenzwunsch

Der Einsatz von NRT bei RaucherInnen, die zwar keine Abstinenz, jedoch Reduktion anstrebten, erhöht signifikant die Ein-Jahres-Abstinenzquote. Dennoch werden auch in diesem Zusammenhang von der USDHHS noch keine Empfehlungen abgegeben, da bei den vorliegenden Studien methodische Fragen offen blieben. Es wird angeregt, dieser Fragestellung in zukünftigen Untersuchungen nachzugehen.

Medikation	Studienarme	Odds Ratio (95 % KI)	Abstinenzrate (95 % KI)
Placebo	50	1,0	3,6
NRT 2- oder 4-mg-Kaugummi für 6–12 Monate; 10-mg-Inhalator für 6–12 Monate; 16-Stunden 15-mg-Nikotinpflaster für bis zu 6 Monate	5	2,5 (1,7-3,7)	8,4 (5,9–12,0)

2.2.1.10 Langzeit- und Dauermedikation von Nikotinersatz

Für manche PatientInnen scheint die Verwendung von NRT länger als üblicherweise empfohlen sehr sinnvoll. Die Resultate von Meta-Analysen belegen die höhere Effektivität des Langzeiteinsatzes von Kaugummi und Pflaster gegenüber nur kurzzeitiger Anwendung. Die Lung Health Study zeigt, dass etwa ein Drittel der Langzeit-Abstinenten auch noch nach einem Jahr den Kaugummi verwendet und manche sogar länger als fünf Jahre – und das ohne gravierende Nebenwirkungen [17].

Zieht man die Konsequenzen für die Gesundheit in Betracht, ist die Langzeitmedikation mit NRT gegenüber dem Rauchen auf jeden Fall vorzuziehen, zumal ja diese Medikamente im Vergleich zur Zigarette

- keine toxischen Substanzen wie „Teer“, CO, Formaldehyd etc. enthalten
- keinen hohen Anstieg von Nikotin im Blut bewirken
- und keine starke Abhängigkeit produzieren [18, 19]

http://www.springer.com/978-3-7091-0978-6

Standards der Tabakentwöhnung
Konsensus der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie - Update 2010
Lichtenschopf, A.
2012, X, 199 S. 11 Abb. in Farbe., Softcover
ISBN: 978-3-7091-0978-6