

## SCHWERPUNKT

### Rauchverhalten und Schädlichkeitsbewusstsein

*Michael KUNZE*

#### Zusammenfassung

Tabakrauchen ist die bedeutendste (vermeidbare) Krankheitsursache in den Industrieländern. Die Tabakabhängigkeit wird gemäß ICD 10 (International Classification of Diseases) als Krankheit angesehen, die diagnostiziert und therapiert werden kann und muss. Die Epidemiologie des Tabakkonsums in Österreich wird ausführlich dargestellt und das „Nikotin-Präabstinenz-Syndrom“ erläutert. In Österreich ist davon auszugehen, dass es 53% dissonante RaucherInnen gibt, also KonsumentInnen von Tabak, die ihr Verhalten als problematisch ansehen. Nur 47% der RaucherInnen sind sogenannte konsonante, d. h. ihre Einstellung und ihr Verhalten stimmen überein, sie nehmen das bekannte Risiko in Kauf. Wenn man den österreichweiten Diagnostik- und Therapiebedarf darlegt, so wird das große Defizit zwischen dem Angebot und dem Bedarf deutlich, es wird daher eine der wesentlichen Aufgaben in Zukunft sein, die entsprechenden Leistungen auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet zu erbringen. Erste vielversprechende Ansätze werden unter anderem vom Nikotin-Institut und dem Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien gemeinsam mit der NÖ Gebietskrankenkasse durchgeführt.

**Schlüsselwörter: Rauchverhalten, Schädlichkeitsbewusstsein, Nikotin-Präabstinenz-Syndrom, Therapiebedarf**

#### Abstract

Tobacco smoking is the most important (avoidable) cause of diseases in the industrial society. According to the ICD 10 (International Classification of Diseases), addiction to tobacco is a disease, which can and should be diagnosed and treated. The epidemiology on the tobacco consumption in Austria is shown and defined as "Nicotine Prael-abstinence Syndrome". In Austria one can assume that there are 53% dissonant smokers, in other words, people who are smoking tobacco and who consider their habit as being a problem for them. Only 47% of the smokers are considered to be so-called consonant smokers i. e. their attitude and behaviour as being conformed and readily accept the known risks involved. Supposing the future Austrian-wide need for diagnostic and therapy and the present supply, future efforts must be concentrated on increasing the possibilities for diagnostic and therapy to meet the increasing demand. A promising beginning is the Nicotine Institute and the Institute for Social Medicine at the University of Vienna in co-operation with the Lower Austrian Health Insurance System.

**Keywords: Smoking Habits, Awareness of Dangers Involved, Nicotine Prael-abstinence Syndrome, Demand for Therapy**

*Anschrift des Autors:* Univ.-Prof. Dr. Michael KUNZE  
Institut für Sozialmedizin, Medizinische Universität Wien  
Rooseveltplatz 3/1, A-1090 Wien

## Tabakassoziierte Erkrankungen

Einer von zwei Langzeitrauchern stirbt durch den Konsum von Tabak. In den hochentwickelten Ländern wird die Hälfte dieser Raucher über 70 Jahre und die andere Hälfte wird vor Erreichen des siebzigsten Lebensjahres an den Folgen des Tabakkonsums sterben. Diejenigen Raucher, die vor ihrem siebzigsten Lebensjahr sterben, verlieren mehr als 20 Jahre ihres Lebens. Zigarettenrauchen ist die größte Einzelursache für Erkrankungen und vorzeitige Todesfälle in Europa. 1985 starben etwa 800.000 Europäer an den Folgen des Tabakkonsums. Etwa 90% der Lungenkrebstodesfälle, 75% der Todesfälle, die von chronischer Bronchitis und obstruktiven Atemwegserkrankungen herrühren, werden durch das Rauchen verursacht. Es zeigen sich auch Zusammenhänge zwischen Rauchen und Karzinomen der Mundhöhle, der Zunge, des Pharynx, des Larynx, des Ösophagus und der Harnblase. Tabakkonsum ist auch an der Entstehung vom Karzinom des Pankreas, der Niere und der Zervix unter beteiligt. Das Zigarettenrauchen stellt einen der wichtigsten Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen dar.

Die Diagnostik und Therapie der Tabakabhängigkeit ist ein volksgesundheitlich wesentliches Anliegen und beruht auf wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen.

Mit den ersten wissenschaftlichen Beweisen in den 50er- und 60er-Jahren, wonach Tabakkonsum die Gesundheit gefährdet, wurden vermehrte Unternehmungen begonnen, den Tabakkonsum der Bevölkerung einzuschränken. Die ersten wissenschaftlich fundierten Entwöhnungsprogramme, die hauptsächlich auf Verhaltensmodifikation, Konditionierungstechniken und Aversionsverfahren beruhten, entstanden in den 60er-Jahren.

## Tabakabhängigkeit

Mit Fragen der Diagnostik der Tabakabhängigkeit hat man sich zunächst einmal auf ei-

ner allgemeinen Ebene auseinandergesetzt. In der Auflage des DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wurde die Tabakabhängigkeit als Störung im Sinne einer Abhängigkeit von einer psychoaktiven Substanz klassifiziert. Die wichtigsten Kennzeichen dieser Abhängigkeit sind:

- dem Raucher gelingt es nicht, Kontrolle über die Verwendung der psychoaktiven Substanz zu gewinnen
- auch bei Vorliegen aversiver Konsequenzen wird der Gebrauch aufrechterhalten.

Wenigstens 3 von den beschriebenen 9 charakteristischen Symptomen der Abhängigkeit sollen über einen Monat oder länger vorhanden sein, um die Diagnose zu rechtfertigen.

Schon in den Anfängen der Rauchertherapie in Österreich wurde auch großer Wert auf eine ausführliche Anamnese gelegt, um auf die spezifischen Bedürfnisse des einzelnen eingehen zu können. Aus diesen jahrelangen Erfahrungen, kombiniert mit den neuesten Erkenntnissen der Tabakabhängigkeit, wurde das Wiener Standard Raucher-Inventar erstellt, das Rauchertherapeuten die Entscheidung für die optimale Therapie erleichtert. Eine Analyse des Bedarfes der Diagnostik und Therapie der Tabakabhängigkeit soll angestellt werden, und zwar auf Grundlage der zur Verfügung stehenden epidemiologischen Informationen über das Rauchverhalten und Faktoren, die den Bedarf an diesen neuen Dienstleistungen determinieren könnten. Dazu zählen vor allem auch die Einstellungsmuster der Bevölkerung, im besonderen die Ausprägung des Nikotin-Prä-Abstinenz-Syndroms. Auf Grund dieser Informationen soll auf die organisatorischen Aspekte eingegangen werden, und die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf das Gesundheitswesen, einschließlich Fragen der Ausbildung und der Finanzierung.<sup>1</sup>

## Raucherverhalten in Österreich

In einer repräsentativen Untersuchung wurden 4.975 Personen ab dem fünfzehnten Le-

bensjahr mittels eines schriftlichen Fragebogens zu ihrem Rauchverhalten befragt. Dabei handelte es sich um Personen ab einem Alter von 15 Jahren aufwärts. Die Befragung fand bundesweit statt. Bei der Methode handelt es sich um ein Stratified Multistage Clustered Random Sampling.

Die dabei gestellten Fragen lauteten:

- Sind Sie Raucher/in?
- Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?
- Haben Sie vor, das Rauchen in nächster Zeit einzuschränken oder völlig aufzugeben?
- Haben Sie früher geraucht? Wenn ja, seit wie vielen Jahren rauchen Sie nicht mehr?

Nach dieser Umfrage sind 29% der RespondentInnen Raucher. Unter den Männern rauchen demnach 32%, bei den Frauen liegt der Anteil bei 26%. Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung sind in Österreich 2,3 Mio. Raucher zu finden, davon 1,2 Mio. Männer und 1,1 Mio. Frauen.

Das wichtigste Ergebnis findet sich in der Anzahl der dissonanten (unzufriedenen) Raucher. Demnach weisen 55% der Raucher in Österreich das Nikotin-Prä-Abstinenz Syndrom (NPAS) auf: 420.000 Raucher (18%) wollen mit dem Rauchen aufhören und weitere 860.000 (37%) beabsichtigen, das Rauchen zu reduzieren.

Demnach finden sich in Österreich 1,3 Mio. unzufriedene Tabakkonsumenten, die als potentielle Klienten anzusehen sind.

### **Nikotin-Prä-Abstinenz-Syndrom (NPAS)**

Die Einstellung des Rauchers zu seinem Rauchverhalten wird als ein zunehmend wichtiges Diagnose- und Behandlungskriterium in der Nikotintherapie erkannt. Raucher, die mit ihrem derzeitigen Rauchverhalten nicht zufrieden sind, werden als dissonante Raucher bezeichnet. Diese Phase wird als

Nikotin-Prä-Abstinenz-Syndrom beschrieben. Der konsonante Raucher hingegen ist mit seinem Rauchverhalten zufrieden und beabsichtigt nicht, innerhalb der nächsten Jahre sein Verhalten zu ändern.

Nach PROCHASKA und DICLEMENTI durchlaufen Raucher einen Prozess der Entwöhnung, wobei fünf Veränderungsstadien unterschieden werden:

- Präkontemplation: Der Raucher formuliert noch keine Absicht zur Entwöhnung.
- Kontemplation: Ein ernsthaftes Nachdenken in bezug auf ein Aufhören findet statt.
- Präparation: Der Raucher formuliert konkrete Pläne und legt den Zeitpunkt des Aufhörens fest.
- Aktion: Die Absicht wird im konkreten Verhalten verwirklicht.
- Aufrechterhaltung: Ist gültig, wenn die Nikotinabstinenz über mindestens sechs Monate aufrechterhalten wird.

Die Dissonanz zum eigenen Rauchverhalten wird durch verschiedene Einstellungen ausgedrückt: der Wunsch abstinent zu werden, die Absicht, den Konsum zu reduzieren oder der Vorsatz, auf eine leichtere Zigarettenmarke umzusteigen.

Nach einer repräsentativen österreichischen Erhebung sind 47% der Tabakkonsumenten konsonante und 53% dissonante (unzufriedene) Raucher.

Die generelle Annahme, wonach alle dissonanten Raucher mit dem Rauchen aufhören wollen, kann nicht bestätigt werden. Österreichische Daten zeigen, dass 29% der dissonanten Raucher den Tabakkonsum einstellen wollen. Die Mehrheit der dissonanten Raucher beabsichtigt, das Rauchen zu reduzieren (57%) oder auf eine andere Marke umzusteigen.

Die Einstellungsmuster der Raucher zum eigenen Rauchverhalten, sprich der Ausprägungsgrad des Nikotin-Prä-Abstinenz-Syndroms, sind von entscheidender Bedeutung für die Diagnose und Behandlung der Tabakabhängigkeit und somit für den Bedarf der Rauchertherapie in Österreich.

Angenommene Anzahl von Rauchern, die einer Therapie zugeführt werden könnten				
	1%	10%	20%	30%
Vorarlberg	500	5.000	10.000	15.000
Tirol	1.270	12.700	25.400	38.100
Salzburg	770	7.700	15.400	23.100
Oberösterreich	2.120	21.200	42.400	63.600
Kärnten	790	7.900	15.800	23.700
Steiermark	1.620	16.200	32.400	48.600
Burgenland	420	4.200	8.400	12.600
Niederösterreich	2.430	24.300	48.600	72.900
Wien	2.740	27.400	54.800	82.200
Gesamt	12.660	126.600	253.200	379.800

Tabelle I: Angenommener Diagnose- und Therapiebedarf nach Bundesländern (in Absolutzahlen)

## Österreichweiter Diagnostik- und Therapiebedarf

Aus diesen Ergebnissen können verschiedene Annahmen getroffen werden in Bezug auf die Anzahl der Personen, die tatsächlich einer Betreuung zugeführt werden müssen bzw. beabsichtigen, sich einer Rauchertherapie zu unterziehen. Wenn nur 1% aller Raucher, die mit dem Rauchen aufhören wollen, eine Rauchertherapie ins Auge fassen, ergibt das bundesweit rund 13.000 zu behandelnde Personen. Bei einer Annahme, wonach 10%

der Tabakkonsumenten, die beabsichtigen, das Rauchen aufzugeben, eine Rauchertherapie in Angriff nehmen wollen, erhält man an die 130.000 Raucher in Österreich, die einer professionellen Diagnostik und Therapie zugeführt werden müssen. Bei 20% therapiewilliger Raucher ergäbe sich eine Absolutzahl von über 250.000 und bei 30% 380.000 zu betreuenden Klienten (Tabelle I).

Die Verteilung des Nikotin-Prä-Abstinenz-Syndroms nach den Bundesländern kann Tabelle II entnommen werden. Hierbei kann wiederum zwischen dissonanten Rauchern, die

Bundesland	wollen aufhören	wollen reduzieren	wollen nicht aufhören
Vorarlberg	18.062	31.824	33.544
Tirol	39.283	87.810	101.674
Salzburg	30.258	46.763	57.766
Oberösterreich	68.206	143.593	147.182
Kärnten	36.245	42.548	75.641
Steiermark	55.049	107.201	121.687
Burgenland	13.874	28.518	33.914
Niederösterreich	76.824	166.452	197.256
Wien	72.590	201.020	284.778
Gesamt	410.391	855.729	1.053.442

Tabelle II: NPAS oder dissonante Raucher nach Bundesländern (Absolutzahlen) vs. „konsonante Raucher“ (wollen nicht aufhören)

aufhören wollen und solchen, die das Rauchen zu reduzieren beabsichtigen, unterschieden werden.

Die oben angestellte Hochrechnung des österreichweiten Bedarfs an Diagnostik und Therapie der Tabakabhängigkeit kann auf die einzelnen Bundesländer übertragen werden. Wenn man zum Beispiel für Vorarlberg annimmt, dass 1% der Raucher, die aufhören wollen, einer Betreuung zugeführt werden müssen bzw. beabsichtigen, sich einer Raucherdiagnostik und -therapie zu unterziehen, ergibt dies eine Anzahl von 500 Personen. Bei der Annahme, wonach 10%, 20% bzw. 30% dieser Raucher eine Betreuung suchen, ergibt dies 5.000, 10.000 bzw. 15.000 Raucherklinten in Vorarlberg. In Wien wären bei einer Annahme von 1%, 10%, 20% bzw. 30% zu therapierender Raucher 2.740, 27.400, 54.800 bzw. 82.200 Personen zu betreuen. Die ana-

logen Hochrechnungen für alle Bundesländer sind in der Tabelle I wiedergegeben.

Sind diese Berechnungen nur Zahlenspielerien? Oder liegt es vielmehr auf der Hand, dass die derzeitige Verfügbarkeit von Therapiemöglichkeiten für eine so große Zahl von Entwöhnungswilligen nicht ausreicht? Große Anstrengungen von Seiten der Gesellschaft, aber auch der Gesundheitspolitik sind noch zu fordern, um allen RaucherInnen den Zugang zu einer individuell gestalteten Therapie zu ermöglichen.

#### Referenzen

- 1 GROMAN E., BAYER P., KUNZE U., SCHMEISER-RIEDER A., SCHÖBERBERGER R., *Diagnostik und Therapie der Tabakabhängigkeit – eine Analyse des Bedarfs in Österreich*, W Med Woschr (2000); 150: 109-114
- 2 weiterführende Literatur siehe <http://www.nicotineinstitute.com/> und <http://www.univie.ac.at/sozmed/>.