

Empfehlungen eines Schweizer Expertenteams

Reduzierung der Risiken für Raucher

Semira Gonseth^a,
Isabelle Jacot-Sadowski^b,
Jacques Cornuz^c

a Assistenzärztin, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

b Chefarzt und Klinikleiter, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

c Chefarzt, Prof. Dr. med., Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

Einführung

Die Rauchabstinenz erweist sich für viele Raucher als schwer zu realisierende Zielsetzung. Als Vorbereitung zum Rauchstopp ist eine langfristige Reduzierung des Tabakkonsums im Gegensatz zu einer kurzfristigen («cut down to quit») alternativ zur Abstinenz geplant. Sie bietet potenziell den Vorteil, dass das Gesundheitsrisiko individuell und global reduziert wird und sie analog zu den «vier Säulen» in der Drogenpolitik Teil einer Präventionspolitik werden kann.

Für eine Reduzierung des Tabakkonsums spricht die Tatsache, dass das individuelle Risiko für Raucher von der Dauer, der Menge und der Toxizität des absorbierten Rauchs abhängt und eine Reduzie-

Die Ergebnisse sprechen gegen die Reduzierung des Tabakkonsums als Strategie zur Reduktion der mit dem Rauchen verknüpften Risiken

Interessenkonflikt: Semira Gonseth und Isabelle Jacot-Sadowski erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht. Jacques Cornuz erklärt, dass aufgrund seiner Position als mitverantwortlicher Leiter des Cypret-Waadts und Professor am Institut für Sozial- und Präventivmedizin Lausanne und der Policlinique Médicale Universitaire (PMU), Lausanne ein Interessenkonflikt gegeben ist. Im Zusammenhang mit der Organisation von Seminarien und Kolloquien für Ärztinnen und Ärzte erhielt die PMU Unterstützungsbeiträge von Pharmaunternehmen, die Nikotinersatzprodukte produzieren. Ein Teil dieser Beiträge wurde Prof. J. Cornuz vergütet.

Korrespondenz:
Dr. med. Semira Gonseth
Poliklinik des Universitäts-
spitals Lausanne
44, rue du Bugnon
CH-1011 Lausanne
Tel. 021 314 49 45
Fax 021 314 61 06

semira.gonseth@hospvd.ch

rung infolgedessen das Gesundheitsrisiko verringern müsste. Gemessen an den Erwartungen erweist sich die beobachtete positive Wirkung einer Reduzierung des Tabakkonsums auf die Gesundheit jedoch als sehr moderat [1–3]. Dies resultiert vor allem daraus, dass das auf den Tabakkonsum zurückzuführende Krankheitsrisiko in der Hauptsache durch die Expositionsdauer (in Jahren) beeinflusst wird. Das Kompensationsphänomen sorgt trotz Konsumreduzierung durch freiwillig oder unfreiwillig erhöhte Extraktion des Nikotins und – parallel dazu – der anderen Giftstoffe im Zigarettenrauch für einen hohen Nikotinrückstand und scheint ebenfalls eine Rolle zu spielen [4]. Selbst bei einer kombinierten Verabreichung von Nikotin in Nikotinersatzprodukten, die zu einer Verringerung des Kompensationsphänomens führen müsste, bleiben die Vorteile einer Reduzierung der Nikotinsucht ungewiss und ihre Modalitäten schlecht definiert [2].

Auch die Wasserpfeife, der Oral- oder Schnupftabak (Snus und Snuff), die rauchlose oder die Elektronikzigarette müssen einbezogen werden, um feststellen zu können, ob sie eine empfehlenswerte Alternative zur Zigarette bilden und integraler Bestandteil einer Risikoreduktionsstrategie sein können. Die Gegenargumente dokumentieren, dass der Gebrauch der Wasserpfeife dieselben Pathologien bewirkt wie die Zigarette [5] und dass der Oraltabak

Zusammenfassung

Die Rauchabstinenz erweist sich für viele Raucher als schwer zu realisierende Zielsetzung. Die langfristige Reduzierung des Tabakkonsums könnte eine Alternative zur Minderung der Gesundheitsrisiken aufzeigen. Um herauszufinden, ob ein solcher Ansatz empfehlenswert ist, haben wir mit Hilfe der Delphi-Methode eine Erhebung zur Expertenmeinung unter 17 in den schweizweiten Kampf gegen den Tabakkonsum involvierten Spezialisten durchgeführt. Die Ergebnisse sprechen gegen eine allgemeine Empfehlung der Reduzierung des Tabakkonsums, vor allem da nicht nachgewiesen ist, dass sich durch sie eine signifikante Minderung der Gesundheitsrisiken ergibt. Dennoch kann eine solche Reduzierung in Sonderfällen ins Auge gefasst werden, vor allem wenn Personen mit schwerwiegenden, invalidierenden Erkrankungen (beispielsweise chronisch-obstruktive Bronchopneumopathie oder schwere kardiovaskuläre Erkrankungen) oder sehr nikotinabhängige Raucher (z.B. Fagerström über oder gleich 6/10) bereits erfolglos einen Entwöhnungsversuch hinter sich haben. Der Rauchstopp bleibt allerdings ein mittel- bis langfristiges Ziel.

den Konsumenten einem verstärkten Krebsrisiko aussetzt [6].

Wir haben eine Meinungsumfrage unter Fachleuten durchgeführt, um herauszufinden, ob die Mitarbeitenden im Gesundheitsdienst ebenfalls eine Reduzierung des Tabakkonsums oder den Einsatz neuer Tabakprodukte empfehlen können.

Methodik

Die Delphi-Methode dient der Ausarbeitung von Konsensempfehlungen bei unzureichenden oder divergierenden wissenschaftlichen Daten [7]. Zwanzig Schweizer Experten im Kampf gegen das Rauchen wurden kontaktiert und erhielten eine qualitative Synthese der zur Reduzierung des Raucherrisikos verfügbaren Literatur (erstellt von Isabelle Jacot-

Sadowski und Jacques Cornuz) [8], die sich auf wissenschaftliche Artikel zu diesem Thema stützte, welche die Risikoreduktion im Verbund mit der Reduzierung des Tabakkonsums betrachteten.

Die Schlussfolgerungen aus diesem Bericht lassen vermuten, dass die Reduzierung des Tabakkonsums nur sehr wenig positive Wirkung auf die Gesundheit zeigt. Bei Rauchern, die zu Beginn keine Absicht hatten, mit dem Rauchen aufzuhören, kann eine Reduzierung jedoch die Chancen für eine langfristige Tabakabstinenz leicht erhöhen. Alle in diesem Bericht zitierten Studien dokumentieren im Übrigen, dass neue Tabakprodukte wie die Wasserpfeife, der Oral- oder der Schnupftabak stark gesundheitsschädigend für den Konsumenten sind. Die Experten waren gehalten, auf der Basis dieser Informationen und der jeweiligen persönlichen Meinung entweder ihre Zustimmung anhand einer Skala von 1 bis 10 zu geben oder eine der Empfehlungen zur Reduzierung des Raucherrisikos auszuwählen. In Bezug auf die Reduzierung wurde spezifiziert, dass es sich nicht um eine kurzfristige, nur einige Tage vor dem Rauchstopp eingehaltene Reduzierung des Tabakkonsums handelte, sondern um eine langfristige. Die Anonymität der Antworten war sowohl für die Teilnehmenden unter sich als auch für die Analysten gewährleistet. Das Verfahren dauerte drei Tage, in deren Verlauf die Empfehlungen nach den Antworten modifiziert und vertieft wurden, bis ein Konsensergebnis erreicht war. Der Konsens wurde willkürlich bei durchschnittlich mindestens 5,6 (bei einem Übereinstimmungsgrad von 1 bis 10) und mindestens 51% (bei den wahlweisen Antworten) festgesetzt. Die Experten konnten

Anmerkungen machen, die bei der Ausarbeitung der Empfehlungen berücksichtigt wurden [9, 10].

Ergebnisse

17 von 20 kontaktierten Experten nahmen teil (85% Teilnahmequote), davon 7 Frauen (41%). Die beruflichen Merkmale der Experten sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Die Antwortquote lag für jeden Durchlauf bei 82%.

Allgemeines

Die allgemeinen Empfehlungen zur Reduzierung des Tabakkonsums sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Eine Reduzierung war aus folgenden Gründen nicht zu empfehlen: 1. Es lag kein Nachweis über eine signifikante Verringerung des Gesundheitsrisikos vor. 2. Es bestand das Risiko, dass unangemessene Informationen zur öffentlichen Gesundheit transportiert wurden, welche die Vermutung nahelegen, dass eine Reduzierung als Alternative zum Rauchstopp für den Erhalt der Gesundheit gelten könnte.

Dennoch kann in bestimmten Fällen eine langfristige Reduzierung des Tabakkonsums ratsam sein.

Sonderfälle

Eine langfristige Reduzierung des Tabakkonsums ist als erste Etappe auf dem Weg zum vollständigen Rauchstopp angebracht für stark abhängige Raucher oder solche mit erheblicher Komorbidität, beispielsweise mit einer chronisch-obstruktiven Bronchopneumopathie oder einer Angiokardiopathie, Fälle, in denen sich ein kompletter Rauchstopp als nicht erfolgreich erwies. Die Reduzierung des Tabakkonsums dürfte dann maximal der Hälfte des normalen Konsums entsprechen und könnte die Chancen für einen späteren Rauchstopp eher erhöhen und gleichzeitig leichte Vorteile für die Gesundheit bringen (Tabelle 3).

Die Experten sprachen sich gegen die Festsetzung eines Zeitlimits für die Reduzierung des Tabakkonsums aus (die Zustimmungsrates lag im Schnitt bei 4,1 auf einer Skala von 1 bis 10; IC = +/- 3,1, geringer Konsens).

Ausserdem müsste sie von medizinischem Rat und einer Nikotinersatztherapie begleitet werden. Nikotinsubstitute wie Inhalator, Pflaster, Pastillen und Kaugummi könnten als Mono-, Bi- oder Trithera- pie vorgeschlagen werden. Die Experten sprachen sich in diesem Kontext gegen den Einsatz von Bupropion oder Vareniclin aus (der Zustimmungsrates von 1 bis 10 lag im Schnitt bei 8,3, IC = +/- 2,1).

Andere Formen der Nikotingabe

Die Mitarbeitenden im Gesundheitsdienst sind ganz allgemein nicht befugt, Rauchern den einen oder anderen Nikotininlieferanten als Strategie zur Risikominderung zu empfehlen.

Die Experten sprachen sich gegen den Einsatz von Wasserpfeifen (Shisha, Narguile) aus. Der Zu-

Tabelle 1

Berufliche Merkmale der am Delphi-Verfahren teilnehmenden Experten.

Experten	Arzt	Pflegekraft (Nichtmediziner)	Klinische Tabakologie	Tabakprävention
1	✓		✓	
2	✓		✓	✓
3		✓	✓	✓
4				✓
5	✓		✓	✓
6	✓			
7	✓		✓	✓
8			✓	✓
9	✓		✓	✓
10		✓	✓	✓
11	✓		✓	✓
12		✓		✓
13				✓
14	✓		✓	✓
15	✓		✓	
16	✓		✓	✓
17		✓		✓
Total	58 %	23 %	70 %	82 %

stimmungsgrad lag im Schnitt bei 1,3 auf einer Skala von 1 bis 10 (IC = 0,8). Dies gilt auch für nasal oder oral eingenommenen Snuff (Zustimmungsgrad 2,6 [1,5]), Snus (Zubereitung von feuchtem Tabak, oral einzunehmen) (Zustimmungsgrad 3,5 [2,7]), Elektronikzigaretten (Zustimmungsgrad 4,2 [2,6]) und rauchlosen Zigaretten (Heatbar®) (Zustimmungsgrad 3,1 [2,2]). Nach Aussage der konsultierten Experten können diese Methoden nicht als risikomindernde Alternative zur Zigarette vorgeschlagen werden.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Studie sprechen gegen die Förderung einer Reduzierung des Tabakkonsums als Strategie zur Reduktion der mit dem Rauchen verknüpften Risiken. Davon ausgenommen sind Sonderfälle, beispielsweise Raucher, die an schweren Erkrankungen leiden, die durch die Zigarette noch verschlimmert werden und bei denen eine Reduzierung des Tabakkonsums – selbst bei ungewisser Wir-

kung – wünschenswert wäre. In diesen Fällen wäre die Reduzierung des Tabakkonsums mit entsprechenden Ratschlägen zur Tabakentwöhnung und zu Nikotinersatzprodukten zu begleiten. Produkte wie die Wasserpfeife, Oral- oder Schnupftabak, rauchlose oder Elektronikzigaretten sind dem Raucher, der seine Risiken durch den Konsum alternativer Produkte mindern will, nicht zu empfehlen.

Diese qualitative Erhebung zur Expertenmeinung zeigt der Delphi-Technik inhärente Limiten auf [7], vor allem, was die Selektion in der Wahl der Experten anbelangt, die alle in den Kampf gegen den Tabakkonsum involviert sind, mehr oder weniger unter Ausschluss anderer Abhängigkeitsbereiche. Zu letzteren zählt insbesondere der Bereich der illegalen Drogen, für den in der Schweiz bereits vor Jahren eine Risikoreduktionsstrategie eingeführt wurde, deren mittelfristige Ergebnisse bekannt und ermutigend sind [11]. Im vorgenannten Beispiel stehen diese Risiken jedoch vor allem im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, ...).

Tabelle 2

Empfehlungen zur Reduzierung des Tabakkonsums im Laufe des Delphi-Verfahrens.

	1. Durchgang	2. Durchgang	3. Durchgang
Empfehlungsvorschläge	Die Mitarbeitenden im Gesundheitsdienst können den Rauchern generell eine Reduzierung des Tabakkonsums vorschlagen.	1. Die Reduzierung des Tabakkonsums sollte nur in Sonderfällen vorgeschlagen werden. 2. Die Reduzierung des Tabakkonsums sollte unter keiner Bedingung vorgeschlagen werden. 3. Die Reduzierung des Tabakkonsums muss allen Rauchern vorgeschlagen werden.	Generell ist die langfristige Reduzierung des Tabakkonsums (im Gegensatz zur kurzfristig vor dem Rauchstopp praktizierten) in bestimmten Situationen akzeptabel, vor allem für sehr kranke Raucher (chronisch-obstruktive Bronchopneumopathie, kardiovaskuläre Erkrankungen, ...) oder stark abhängige Raucher, die bereits mehrere erfolglose Rauchstoppversuche hinter sich haben.
Antwortart	Zustimmung von 1 bis 10	1 Wahlantwort	Zustimmung von 1 bis 10
Antwort (Durchschnitt %, IC)	5,0 (+/- 3,1)	Antwort 1: 78,6%	Durchschnitt 8,6 (IC +/- 1,9)
Zustimmung	Kein Konsens	Konsens, aber keine klare Empfehlung (nur 1 Wahlantwort)	Konsens und klare Empfehlung

Tabelle 3

Sonderfälle zur Reduzierung des Tabakkonsums

Fragen	Zustimmungsgrad (von 1 bis 10), durchschnittlich	IC	Zustimmung
Nur Raucher einer bestimmten Gruppe sollten eine Reduzierung des Tabakkonsums empfohlen bekommen.	8,4	2,2	Konsens und klare Empfehlung
Stark nikotinabhängige Raucher, die bereits eine erfolglose Entwöhnung hinter sich haben, sollten eine Reduzierung des Tabakkonsums empfohlen bekommen.	7,3	2,4	Konsens und klare Empfehlung
Raucher mit Komorbiditäten (chronisch-obstruktive Bronchopneumopathie, kardiovaskuläre Vorfälle/Angiopathie ...), die bereits eine erfolglose Entwöhnung hinter sich haben, sollten eine Reduzierung des Tabakkonsums empfohlen bekommen.	8,1	2,2	Konsens und klare Empfehlung

Sollen Ärzte Nikotinersatzprodukte verschreiben, wenn ein Raucher nicht den Stopp, sondern lediglich eine Verringerung des Nikotinkonsums anstrebt? Nein, meinen die Experten – ausser bei speziellen klinischen Konstellationen.



Die Stärke der Delphi-Methode liegt in einem hohen Konsens bezüglich der allgemeinen Empfehlungen (Zustimmungsgrad von durchschnittlich 8,6 auf einer Skala von 1 bis 10, +/- 1,9 im 3. Durchgang). Dies ermöglicht konkordante Empfehlungen und eine hohe Beteiligung in den drei Verfahrensdurchläufen. Verzerrungen durch das Ausbleiben von Antworten halten sich in Grenzen und die doppelte Anonymität der Beteiligten unter sich und der Analysten mindert das Beeinflussungsrisiko, respektive die bezüglich der Meinungen der Experten gegebene «Ansteckungsgefahr» [7]. Die Empfehlungen aus dieser Studie bilden daher eine solide Basis, um schweizweite Richtlinien vorschlagen zu können.

Fazit und Empfehlungen

Gegenwärtig wird die Reduzierung des Tabakkonsums generell nicht als Ziel an sich empfohlen. Dennoch kann sie in bestimmten Fällen eine Zwischentappe auf dem Weg zum Rauchstopp markieren, wenn ein oder mehrere Versuche, das Rauchen aufzugeben, bereits erfolglos in Angriff genommen wurden. Dies gilt für Personen mit schwerwiegenden,

invalidierenden Erkrankungen, wie beispielsweise chronisch-obstruktive Bronchopneumopathie oder schweren kardiovaskulären Erkrankungen für stark nikotinabhängige Raucher, mit einer Fagerström-Rate über oder gleich 6/10. Vor diesem Hintergrund bleibt der Rauchstopp ein mittel- bis langfristiges Ziel.

Da Daten zu neuen «attraktiven» Produkten (Snus, Elektronikzigarette ...) fehlen, lässt sich ihr Konsum zur Reduzierung der mit dem Rauchen verknüpften Risiken nicht empfehlen. Es wäre zu wünschen, dass entsprechende wissenschaftliche Studien durchgeführt würden, um ihre Wirkung kennenzulernen (Toxizität, Wirksamkeit in Bezug auf den Rauchstopp).

Literatur

- 1 Meyer C et al. Intentionally reduced smoking among untreated general population smokers: prevalence, stability, prediction of smoking behaviour change and differences between subjects choosing either reduction or abstinence. *Addiction*. 2003;98(8):1101–10.
- 2 Stead L, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; CD005231.
- 3 Hughes JR, Carpenter MJ. Does smoking reduction increase future cessation and decrease disease risk? A qualitative review. *Nicotine Tob Res*. 2006;8(6):739–49.
- 4 Jarvis MJ et al. Nicotine yield from machine-smoked cigarettes and nicotine intakes in smokers: evidence from a representative population survey. *J Natl Cancer Inst*. 2001;93(2):134–8.
- 5 WHO Study Group on Tobacco Products Regulations, Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, research Needs and Recommended Actions by Regulators. WHO; 2005.
- 6 Boffetta P et al. Smokeless tobacco and cancer. *Lancet Oncol*. 2008;9(7):667–75.
- 7 Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *J Adv Nurs*. 2006;53(2):205–12.
- 8 Jacot-Sadowski I, Cornuz J. Tabac et réduction de risque. Synthèse des connaissances scientifiques. submitted; 2010.
- 9 Ferri CP et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005;366(9503):2112–7.
- 10 Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. 1995;311(7001):376–80.
- 11 Benninghoff F et al. Health trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994–2000). *AIDS Care*. 2006; 18(4):371–5.

Expertenteam

- Chris Bolliger, Spital Tygerberg, Abteilung für Innere Medizin, Universität Stellenbosch, Kapstadt, Südafrika
- Léonie Chinet, Service de la santé publique du Canton de Vaud, Schweiz
- Carole Clair, Poliklinik des Universitätsspitals Lausanne, Schweiz
- Arlette Closuit, niedergelassene Ärztin, Martigny, Wallis
- Pascal Diethelm, OxyRomandie, Schweiz
- Verena El-Fehri, Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz
- Selma Ertem, CIPRET-Waad, Schweiz
- Jean-François Etter, Institut für Sozial- und Präventivmedizin Genf
- Jean-Paul Humair, Poliklinik des Universitätsspitals Genf, Schweiz
- Isabelle Jacot-Sadowski, Poliklinik des Universitätsspitals Lausanne, Schweiz
- Chung-Yol Lee, Kantonsarztamt des Kantons Freiburg, Schweiz
- Yves Martinet, Service de Pneumologie, Centre Hospitalier Universitaire Nancy Brabois, Frankreich
- Bruno Meili, Krebsliga Schweiz
- Corinne Wahl, CIPRET-Genf, Schweiz
- Jean-Pierre Zellweger, Poliklinik des Universitätsspitals Lausanne, Schweiz
- Daniele Zullino, Service d'abus de substances, Universitätsspital Genf, Schweiz