

Rauchende Jugendliche: Eine pädiatrische Krankheit mit Langzeitfolgen – was wir Pädiater dagegen tun können

Christoph Rutishauser, Adoleszentenmedizin, Universitäts-Kinderkliniken, Zürich
Jürg Barben, Pneumologie/Allergologie, Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen

Zusammenfassung

Die Prävalenz rauchender Jugendlicher hat zwar in den letzten paar Jahren leicht abgenommen, aber es rauchen immer noch viel zu viele Jugendliche, oft im Glauben, nicht süchtig zu sein und jederzeit mit dem Rauchen aufhören zu können. Jugendliche mit chronischen Krankheiten, z. B. Asthma bronchiale oder Diabetes, rauchen zudem mindestens so häufig wie gesunde Gleichaltrige.

Auf gesellschaftlicher Ebene haben verschiedene Massnahmen in der Schweiz zu einer Abnahme der Akzeptanz von Aktiv- und Passivrauchen geführt. Weitere Massnahmen im Sinne einer Verhältnisprävention (z. B. hohe Steuern, umfassendes Tabakwerbeverbot, rauchfreie öffentliche Gebäude und Restaurants, Abgabeverbot an Jugendliche) müssen für die ganze Schweiz flächendeckend folgen.

Kinder- und Jugendärzte können durch die Erhebung einer psychosozialen Anamnese den Raucherstatus von jugendlichen Patienten und ihrem sozialen Umfeld wiederholt gezielt bestimmen und nach Risikofaktoren wie auch protektiven Faktoren für potentiellen Nikotinkonsum fragen. Motivationsfördernde Rauchstopp-Beratung in der kinderärztlichen Praxis kann so einen wichtigen Beitrag zur Prävention leisten und rauchende Jugendliche in der erfolgreichen Durchführung des Rauchstopps unterstützen.

Einleitung

In der Schweiz sterben pro Jahr mehr als 8000 Menschen vorzeitig an tabakassoziierten Erkrankungen¹⁾. Dies sind deutlich mehr verfrühte Todesfälle als z. B. durch Verkehrsunfälle (400), illegale Drogen (200) und AIDS (100). Die direkten Behandlungskosten betragen 1.5 Milliarden Franken, die indirekten Kosten 4.5 Milliarden Franken und die sozialen Kosten insgesamt 10.7 Milliarden Franken (Schweizerische Fachstelle

für Alkohol und andere Drogenprobleme SFA, www.ispa.ch). Von den 1.7 Millionen regelmässigen Rauchern in der Schweiz haben 80 bis 90% mit dem Rauchen vor dem 18. Lebensjahr begonnen, weshalb Nikotinabhängigkeit in renommierten medizinischen Fachzeitschriften wiederholt als «pädiatrische Erkrankung» bezeichnet wurde²⁾.

Tabak wird überwiegend in Form von Zigaretten genossen, aber auch das ebenso schädliche Rauchen von Wasserpfeifen hat in jüngster Zeit an Attraktivität gewonnen³⁾. Viele der über 4000 Inhaltsstoffe von Tabak führen bei längerem regelmässigem Tabakkonsum wegen der hohen Toxizität zu zahlreichen Folgeerkrankungen wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen inklusive Herzinfarkt und Schlaganfall sowie Lungenerkrankungen wie chronischer Bronchitis und Lungenemphysem, aber auch zu vorzeitiger Hautalterung⁴⁾. Weitere Folgeerscheinungen von chronischem Tabakkonsum sind Impotenz und Unfruchtbarkeit. Wird während der Schwangerschaft geraucht, so können eine Reihe weiterer Komplikationen auftreten, die das ungeborene Kind betreffen.

Tabak-Epidemie im Jugendalter

Die in den neunziger Jahren unter den Jugendlichen stark angestiegene Prävalenz an RaucherInnen hat erst in den letzten Jahren ein Plateau erreicht und scheint in den letzten Jahren leicht abzunehmen⁵⁾. Das immer noch hohe Niveau der Rate jugendlicher RaucherInnen ist besonders beunruhigend, weil ein überwiegender Teil der regelmässig rauchenden Jugendlichen (d. h. mindestens 1 x pro Woche) es nicht schafft, wieder damit aufzuhören. Anders sieht es bei nur gelegentlich rauchenden Jugendlichen (d. h. weniger als 1 x pro Woche) aus: Ein Drittel der 16-/17-jährigen GelegenheitsraucherInnen geht bis 20-jährig zum täglichen Zigarettenkonsum über, ein Drittel bleibt Gelegenheitsraucher und ein Drittel hört mit dem Rauchen wieder gänzlich auf.

Früher Einstieg in den Tabakkonsum erhöht das Risiko von späterem regelmässigem Rauchen⁶⁾.

Die tabakassoziierten Gesundheitsprobleme treten meist noch nicht im Jugendalter auf. Dies verstärkt noch das unter jugendlichen RaucherInnen häufig anzutreffende Gefühl von Unverletzbarkeit. Nikotin ist aber vom Suchtpotenzial her vergleichbar mit den illegalen Drogen Kokain und Heroin, so dass der Konsum nicht ohne weiteres beendet werden kann⁷⁾. Man geht davon aus, dass sich bei Jugendlichen die Abhängigkeit von Nikotin wegen der Unreife der neuronalen Transmittersysteme rascher entwickelt. Beinahe ein Viertel aller 12- bis 13-jährigen RauchanfängerInnen haben bereits nach 4 Wochen erste Entzugssymptome, obwohl sie zum Teil nicht einmal täglich rauchten⁸⁾.

Jugendliche mit chronischen Krankheiten wie Diabetes und Asthma rauchen nicht etwa weniger als sonst gesunde Jugendliche⁹⁾. Der Grund dafür liegt wahrscheinlich darin, dass diese chronisch kranken Jugendlichen von den Gleichaltrigen anerkannt werden wollen und sie sich selber und dem sozialen Umfeld beweisen wollen, dass sie keinen Einschränkungen unterliegen und «dazu gehören». Leider verstärkt das Rauchen oft erheblich die gesundheitlichen Risiken der Grundkrankheit.

Wieso Jugendliche rauchen

Die Gründe, welche dazu führen, dass eine jugendliche Person Zigaretten zu rauchen beginnt, sind vielfältig. Fragt man die Jugendlichen danach, wird als weitaus häufigster Grund die Lust zum Probieren genannt (SFA 2003).

Das Experimentieren mit der Zigarette erscheint vielen Jugendlichen besonders anziehend, weil sie in unserer Kultur immer noch als Indikator des Erwachsenseins gilt und durch die Tabakindustrie gezielt als Symbol für Freiheit, Jugendlichkeit und sexuelle Attraktivität vermarktet wird.

Jenseits des Experimentierstadiums sind für regelmässigen Zigarettenkonsum gut dokumentierte Assoziationen bekannt mit Faktoren wie gering ausgeprägtem Selbstwirksamkeitserleben, Aufmerksamkeitsstö-

rungen¹⁰⁾, oppositionellem und aggressivem Verhalten¹¹⁾, «sensation seeking»¹²⁾, aber auch emotionalen Problemen wie negativem Stress (z. B. wegen schulischen Misserfolgen und beruflicher Perspektivlosigkeit), Depression und Ängsten¹³⁾, wobei der Zigarettenkonsum wohl teilweise als eine Art Selbstmedikation eingesetzt wird. Mädchen rauchen zudem auch für eine bessere Gewichtregulierung (Appetitreduktion durch Nikotin). Mit zunehmendem Alter erscheint insbesondere tägliches Rauchen auch an niedrigere Bildung gekoppelt. Regelmässige körperliche Aktivität hingegen hat einen protektiven Effekt¹⁴⁾, wobei wahrscheinlich nicht primär die Sorge der körperlich aktiven Jugendlichen vor Leistungseinschränkung bei Zigarettenkonsum eine Rolle spielt, sondern eher der Umstand, dass regelmässige körperliche Aktivität einen positiven Einfluss auf das emotionale Wohlbefinden hat.

Zu den wichtigsten Risikofaktoren für regelmässigen Tabakkonsum im Jugendalter zählen der Zigarettenkonsum von Eltern, Geschwistern und KollegInnen, dies als Ausdruck von sozialem Lernen wie auch leichterem Zugang^{15), 16)}. Bei den familiären Einflussvariablen kommen genetische Faktoren¹⁷⁾ und der Erziehungsstil bzw. das Ausmass elterlicher Überwachung hinzu (Rauchen häufiger sowohl bei zu autoritärem Stil wie auch «Laissez-Faire»-Stil)^{15), 18)}. Wenn ein Elternteil raucht, verdoppelt sich das Risiko für die jugendliche Person, auch mit dem Rauchen zu beginnen. Das Risiko ist verdreifacht bis vervierfacht, wenn beide Eltern oder ein Elternteil und ein Geschwister rauchen. Wenn der beste Freund oder die beste Freundin der jugendlichen Person raucht, so besteht eine Wahrscheinlichkeit von 90%, dass die jugendliche Person zu rauchen beginnt. Nach neueren Untersuchungen spielen jedoch auch hier elterliche Einflüsse eine wichtige indirekte Rolle, weil die Selektion von Freunden durch familiäre Grunderfahrungen und -haltungen mitgeprägt wird¹⁹⁾.

Einfluss der Gesellschaft

Der politische Versuch, trotz immer noch hoher Akzeptanz des Rauchens und leichter Verfügbarkeit von Zigaretten den Zigarettenkonsum von unter 16-Jährigen in der Schweiz durch entsprechende Gesetze einschränken zu wollen, kommt in gewisser Weise den Wünschen der Tabakindustrie

entgegen und ist als alleinige Massnahme ungenügend. Den Jugendlichen den Kauf von Zigaretten zu verbieten, ihnen also eine für Erwachsene bestimmte legale Droge vorenthalten zu wollen, ist zwar im Sinne des Kinder- und Jugendschutzes durchaus eine wünschenswerte Massnahme. Bei Adoleszenten kann man damit jedoch auch den Wunsch auslösen, von der «verbotenen Frucht» zu kosten und sich zu beweisen, dass man emotional autonom und erwachsen ist. Solche Schutzmassnahmen können also nur Wirkung zeigen, wenn gleichzeitig klare Botschaften ausgesandt werden, die genau so sehr Jugendliche wie Erwachsene ansprechen, z. B. eindeutige Kennzeichnung und Behandlung von Tabak als in erheblichem Masse die Gesundheit gefährdende Substanz (d. h. Verbot von Werbung, Einschränkung der Erhältlichkeit überall und rund um die Uhr), und wenn Massnahmen zum Schutz vor Passivrauchen getroffen werden (z. B. durch Rauchverbot am Arbeitsplatz, in öffentlichen Gebäuden, Restaurants wie auch Discos und Bars). Diese Massnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums wurden in der WHO-Rahmenkonvention zur Eindämmung des Tabakrauches (Framework Convention on Tobacco Control) im Mai 2003 erstmals festgehalten und inzwischen von 168 Ländern unterzeichnet (www.fctc.org). Der Schweizer Bundesrat hat die Rahmenkonvention im Jahre 2004 unterzeichnet wobei die Ratifizierung durch das Parlament noch ausstehend ist²⁰⁾.

Was können Kinderärzte tun?

Neben dem aktiven Einsatz auf gesellschaftlicher Ebene zur raschen Umsetzung der WHO-Rahmenkonvention auch in der Schweiz kann ebenso auf individueller Ebene in der alltäglichen Kinderarztpraxis viel bewirkt werden. Eine motivationsfördernde Rauchstopp-Beratung sowohl der Eltern als auch der bereits rauchenden Jugendlichen kann einen wichtigen Beitrag zur Prävention leisten bzw. rauchende Jugendliche in der erfolgreichen Durchführung des Rauchstopps unterstützen. Das Aufhören mit Rauchen ist ein dynamischer Prozess, in dem jeder Raucher mehrere Motivationsstadien durchläuft. Wiederholtes kurzes Ansprechen des Tabakkonsums (ohne jedoch urteilend zu wirken) soll den Eltern und dem Jugendlichen helfen, genügend Motivation zu entwickeln, ganz mit dem Rauchen aufzuhören.

Das Anamnese-Gespräch mit der jugendlichen Person

Bei allen Kindern und Jugendlichen sollte regelmässig eine Evaluation möglicher aktiver und passiver Tabakrauchexposition vorgenommen werden. Diese beinhaltet das Verhalten von Eltern, Geschwistern und Freunden im Hinblick auf Zigaretten- und Wasserpfeifenkonsum wie auch das Verhalten der jugendlichen Person selber. So einfach dies klingt, kennen doch viele KinderärztInnen den Raucherstatus ihrer jugendlichen PatientInnen nicht.

Nebst der Raucheranamnese soll die wiederholte Erhebung der psychosozialen Anamnese mit der jugendlichen Person ihre Haltung gegenüber anderen Drogen und anderen risikoreichen Verhaltensweisen sowie ungünstige psychosoziale Umstände erfassen. Insbesondere soll auch auf Zeichen für eine Depression geachtet werden. Als Alternative zum strukturierten Anamnese-Gespräch können allenfalls vorgedruckte Anamnesefragebogen verwendet werden (Beispiele können beim Verfasser angefordert werden), wobei diese Fragebogen jedoch nicht das anschließende Gespräch mit dem Patienten ersetzen können. Ein solches, selbstverständlich vertraulich geführtes Gespräch wäre unvollständig, würde nicht auch nach möglichen Stärken und Ressourcen gefragt werden, die zur Lösung von Problemen genützt werden können, z. B. spezielle Interessen und Fähigkeiten, erwachsene Vertrauenspersonen wie Verwandte, Lehrer, Jugendgruppenleiter oder Sporttrainer.

Eltern in ihrer Vorbildrolle stärken

Eltern sollten, wenn möglich bereits vor der Geburt des ersten Kindes und in regelmässigen Abständen danach sachlich und ohne zu urteilen auf die Gefahren ihres Nikotinkonsums (z. B. Passivrauchen) aufmerksam gemacht werden und an ihre Vorbildrolle erinnert werden – die wenigsten rauchenden Eltern wünschen sich, dass ihre Kinder dereinst rauchen werden –, um sie zum Rauchstopp zu motivieren und, wenn möglich, ärztlich bei diesem Vorhaben zu begleiten.

Sachliche Information

Die meisten Jugendlichen kennen die Langzeit-Gesundheitsrisiken von Zigarettenkonsum, sind sich aber kaum bewusst, dass

- Schlechter Atemgeruch
- Zahnverfärbung, Parodontose
- Vorzeitige Hautalterung
- Eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Lungen
- Meist rasche Abhängigkeitsentwicklung
- Schlecht riechende Kleider und Räume
- Hohe Kosten
- Quelle von Passivrauch für Andere
- Opfer der Manipulation durch die Tabakindustrie

Tabelle 1: Kurz- und mittelfristige Folgen von Tabakkonsum

dies auch sie persönlich betreffen kann. Überraschend wenig Jugendliche wissen über das hohe Abhängigkeitspotenzial von Nikotin Bescheid. So glaubt mehr als ein Viertel aller regelmässigen RaucherInnen im Jugendalter, jederzeit mit dem Rauchen aufhören zu können, wenn sie es wollten (SFA 1999). Praktizierende KinderärztInnen haben als Vertrauenspersonen die Chance, den Jugendlichen sachliche Informationen zum Thema Rauchen zu übermitteln und ihnen diejenigen Tatsachen über das hohe Suchtpotenzial von Nikotin mitzuteilen, von denen die Tabakindustrie schon lange Kenntnis hat. So können die Jugendlichen zum Beispiel direkt auf die Tabakindustrie und ihre Lüge, nichts vom hohen Suchtpotenzial von Nikotin gewusst zu haben, sowie auf die manipulativen Werbestrategien zur Förderung des Rauchens unter Jugendlichen angesprochen werden. Besonders wichtig ist für junge Frauen auch der Hinweis auf die zusätzlichen Gesundheitsrisiken von Tabakkonsum bei Einnahme oraler Kontrazeptiva.

Nicht rauchende Jugendliche bestärken

KinderärztInnen sollten die Gelegenheit wahrnehmen, nicht rauchende Jugendliche positiv in ihrer Haltung zu bestärken, auch künftig auf das Rauchen zu verzichten. Dabei sollten nebst dem hohen Abhängigkeitspotenzial von Tabak vor allem kurzzeitige Vorteile des Nichtrauchens (siehe Tabelle 1) besprochen werden. Abschreckungsstrategien mit der Demonstration von Langzeitfolgen (Krebs, Raucherbein usw.) bleiben bei Jugendlichen meist ohne lang anhaltende Wirkung. Wenn nicht rauchende Jugendliche auf die Frage

«Wie sieht es in zwei Jahren aus?» zögernd antworten, sollte sich der Arzt oder die Ärztin Zeit nehmen für eine Gegenüberstellung von Vor- und Nachteilen des Rauchens aus Sicht der jugendlichen Person, um die jugendliche Person im Nichtrauchen zu bestärken.

Protektive Aktivitäten fördern

Generell sollen jugendliche PatientInnen durch den Kinderarzt immer wieder ermutigt werden, körperliche Aktivitäten auszuüben, da regelmässige körperliche Aktivität eine protektive Wirkung nicht nur in Bezug auf den regelmässigen Konsum von Zigaretten und anderen psychoaktiven Substanzen haben kann, sondern das seelische Wohlbefinden allgemein positiv beeinflusst und vorbeugend gegen Übergewicht wirkt. In die gleiche Richtung können andere Aktivitäten wie musikalische Freizeitgestaltung und soziales Engagement wirken.

Unterstützung zum Aufhören mit Rauchen

Jugendliche RaucherInnen sollten nach dem Umfang und den Mustern ihres Konsums gefragt werden, um den Grad ihrer Abhängigkeit abschätzen zu können²¹⁾. Als Faustregel kann gelten, dass dieser umso größer ist, je früher am Morgen die erste Zigarette geraucht wird und je mehr die Menge der täglich gerauchten Zigaretten 8 bis 10 Stück übersteigt. Für Jugendliche geeignet sind auch Selbsteinschätzungs- und Motivationstests, die auf Webseiten wie www.feelok.ch und www.justbesmokefree.de angeboten werden.

Zur Einschätzung der Chancen eines Rauchstopps, ist die Frage wichtig, ob die jugendliche Person schon einmal den Wunsch verspürt oder gar versucht hat, mit dem Rauchen aufzuhören. In einer schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2002 äusserten 57% der 15- bis 24-jährigen jungen Männer sowie 56% der jungen Frauen den Wunsch, mit Rauchen aufhören zu wollen (SFA 2004). Der Arzt bzw. die Ärztin darf sich jedoch nicht zum Advokat von besorgten Eltern machen lassen und soll keinesfalls zu viel Druck für einen Rauchstopp ausüben.

Planung des Rauchstopps

Bei Jugendlichen, die mit dem Rauchen aufhören möchten, kann der Arzt eine wichtige

Rolle in der Umsetzung des Rauchstopps spielen und damit die Voraussetzungen für einen Erfolg auch verbessern. Ein erster wichtiger Schritt ist die Festlegung eines Rauchstopp-Datums sowie die gemeinsame Planung der Umsetzung. Die Vorbereitungen für den Rauchstopp sind individuell festzulegen (siehe Tabelle 2).

Durchführung des Rauchstopps

Es ist wichtig zu beachten, dass die ersten zwei Wochen nach dem Rauchstopp eine kritische Phase mit hoher Rückfälligkeit darstellen, so dass das Rauchstopp-Datum nicht gerade in eine Periode mit voraussehbar hohem Stress (z. B. Schulabschlussprüfungen) fallen soll. Folgende Empfehlungen sind ferner zu beachten:

- Falls bei hoher Rauchstopp-Motivation von rauchenden Freunden ein Rauchstopp gemeinsam mit diesen geplant ist, die Freunde des jugendlichen Patienten

- Konkretes Rauchstopp-Datum auf einen stressarmen Zeitpunkt festlegen und nicht davon abweichen
- Rauchstopp mit rauchenden Freunden/Eltern zusammen (falls alle motiviert)
- Rauchende Eltern und Freunde informieren und sie bitten, keine Zigaretten anzubieten
- Keine oder nur wenige Zigaretten bei sich tragen
- Verlangen nach Zigaretten möglichst lange hinaus zögern
- Kein Zigarettenvorrat und keine Raucherutensilien zu Hause
- Evtl. zuckerfreier Kaugummi oder rohe Karotten als Ersatz
- Regelmässige körperliche Aktivität steigern (Alltagsbewegung, Sport)
- Entspannungstechniken lernen/anwenden
- Konkrete Selbst-Belohnung planen
- Einüben von Sätzen zur Begründung für den Rauchstopp für schwierige Situationen/Selbstzweifel, zum Beispiel:
 - «Ich kann viel Geld für etwas anderes sparen»
 - «Ich rieche gut»
 - «Als NichtraucherIn bin ich attraktiver»

Tabelle 2: Vorbereitung Rauchstopp

aktiv in die Beratung mit einbeziehen; besser jedoch allein aufhören als zusammen mit ungenügend motivierten KollegInnen!

- Regelmässige Kontakte zwischen Arzt und Patient bereits vor dem Rauchstopp fix planen: 1–2 Tage vor dem Rauchstopp-Datum, 1–2 Tage danach, nach der 1. und 2. Woche sowie wie nach 4–6 Wochen.
- Mindestens die Hälfte dieser Kontakte in der Sprechstunde abhalten, der Rest gegebenenfalls als Telefonkontakte; ev. ergänzende SMS-Verstärker versenden lassen.
- In Absprache mit der jugendlichen Person die Eltern über die Rauchstopp-Ab-sichten ihres Sohnes bzw. ihrer Tochter informieren und ihnen sachliche Informationen über den Ablauf des Rauchstopps geben.
- Unterstützungsmöglichkeiten durch Eltern prüfen, z.B. Unterstützung in der Planung gemeinsamer und für die jugendliche Person attraktiver Freizeitaktivitäten (sportliche Betätigung, Wochenendausflug etc.).
- Zum Zeitpunkt des Rauchstopps alle noch vorhandenen Zigaretten zerbrechen und fortwerfen; Aschenbecher ebenfalls fortwerfen.
- Nach dem Rauchstopp keine einzige Zigarette mehr rauchen (die erste Zigarette führt meist zu regelmässigem Rauchen zurück).
- Liste mit Nachteilen des Rauchens und Vorteilen des Rauchstopps führen und regelmässig durchlesen, um sich permanent zu motivieren.
- Kontakt mit rauchenden KollegInnen in den ersten zwei Wochen der Abstinenz soweit möglich auf ein Minimum reduzieren bzw. diese darum bitten, nicht in Gegenwart des abstinenten Jugendlichen zu rauchen.
- Orte meiden, an welchen die jugendliche Person viel geraucht hat oder wo viel geraucht wird.
- Jedes Angebot zu rauchen freundlich zurückweisen.
- Möglichst vielen wohlgesinnten Menschen über den Rauchstopp erzählen, um Unterstützung zu erhalten und die Motivation zu verstärken.
- Bei starker Rauchlust Notfalltäschlein zur Ablenkung allzeit bereit halten (das Verlangen hält meist nur wenige Minuten an), z.B. Kaugummi oder Karotten

kauen, sehr scharfes Pfefferminzbonbon im Mund zergehen lassen, ein Glas Wasser trinken, Freunde anrufen, spazieren, joggen, biken gehen.

Nikotinersatzprodukte und Medikamente

Nikotinersatzprodukte sind grundsätzlich für Erwachsene ab 18 Jahren frei gegeben, einige Produkte können aber bei starker Nikotinabhängigkeit auch für Jugendliche ab 12 Jahren in Erwägung gezogen werden. Das Rauchen ist vor dem Einsatz dieser Ersatzprodukte ganz einzustellen. Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel max. 3 Monate mit schrittweiser Dosisreduktion nach 4–8 Wochen. Applikationsformen: Pflaster sind geeignet für regelmässige RaucherInnen (zu Beginn ev. kombiniert mit Kaugummi und Lutschtabletten), während Kaugummi und Lutschtabletten für unregelmässige Raucher geeignet sind, da es zu einem rascheren Wirkungseintritt kommt als beim Pflaster. Wichtig ist eine korrekte Anwendung der Nikotinersatzprodukte, um Nebenwirkungen (Nausea, Übelkeit etc.) bestmöglich zu verhindern: Beim Nikotinkaugummi ist zum Beispiel die «Kau-und-Park-Technik» wichtig, d. h. das Kauen, bis der metallische Geschmack des Nikotins spürbar wird, dann Kaugummi in der Wange «parken», bis der Geschmack nicht mehr vorhanden ist, dann erneutes Kauen (Weitere Informationen zu Indikationen, Kontraindikationen, Applikationsformen, Dosierungen und Nebenwirkungen siehe Arzneimittelkompendium).

Nikotinersatzprodukte sind bisher nicht kassenpflichtig, werden über Zusatzversicherungen aber teilweise von den Krankenkassen mitfinanziert. Bei Erwachsenen zeigt die Kombination von intensiver Beratung und Nikotinersatzprodukten (v. a. Lutschtabletten und Kaugummi, allenfalls in Kombination mit dem Pflaster) die besten Abstinenzraten (ca 15–28%)²²⁾. In einer kürzlich publizierten Pilotstudie mit Einsatz von Nikotinersatzprodukten bei jugendlichen RaucherInnen wurde über Compliance-Probleme v. a. bei sozial benachteiligten Jugendlichen berichtet²³⁾.

Bupropion ist ein ursprünglich als Antidepressivum entwickeltes Medikament, welches das Rauchbedürfnis reduziert und v. a. bei Erwachsenen mit mehrfach erfolglosen Raucherentwöhnungsversuchen eingesetzt wird, bei Jugendlichen jedoch

nur vereinzelt «off label» eingesetzt wird. Neuere Medikamente wie der Endocannabinoid-Antagonist Rimonabant oder der partielle Nikotin-Agonist Vareniclin sind in klinischer Erprobung.

Zu jeder Rauchstopp-Methode gehören ein fester Wille sowie die Bereitschaft, Gewohnheiten zu ändern. Nikotinersatzpräparate sollen keinesfalls eingesetzt werden als Ersatz für ungenügende Motivation zum Rauchstopp.

Gelegentlich klagen ÄrztInnen über die geringe Erfolgsquote von Rauchstopp-Versuchen bzw. -programmen. Dies liegt vor allem an den teilweise unrealistisch hohen Erwartungen von ÄrztInnen: Auch wenn nur 10% der RaucherInnen mit ärztlicher Unterstützung definitiv zu rauchen aufhören vermögen, so wird damit nicht nur für jeden dieser Ex-Raucher eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht, sondern auch in Bezug auf die Gesamtbevölkerung ein bedeutender Beitrag zur Gesundheitsförderung sowie der Reduktion von Tabakkonsum assoziierten Folgekosten geleistet.

Wir danken Simone Meyer für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Christoph Rutishauser
Leitender Arzt Adoleszentenmedizin
Kinderspital Zürich
Steinwiesstrasse 75
8032 Zürich
christoph.rutishauser@kispi.uzh.ch

Referenzen

- 1) BAG. BAG-Bulletin 2003; 23: 388.
- 2) Kessler DA, Natanblat SL, Wilkenfeld JP, et al. Nicotine addiction: a pediatric disease. J Pediatr 1997; 130: 518–24.
- 3) Knishkowsky B, Amitai Y. Water-pipe (Narghile) smoking: an emerging health risk behaviour. Pediatrics 2005; e116: 113–9.
- 4) Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP. Tabakentwöhnung – Wie es geht und was es bringt. Schweiz Med Forum 2004; 4: 764–70.
- 5) ISPA: Der Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz. Forschungsbericht 2007.
- 6) Schmid H, Gmel G, Jaquet B. Neue epidemiologische Befunde zum Rauchen in der Schweiz. SuchtMagazin 1999; 25: 3–13.
- 7) Cami J. Drug addiction. N Engl J Med 2003; 349: 975–86.
- 8) Gervais A, O'Loughlin J, Meshefedjian G, Bancej C, Tremblay M. Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescents. CMAJ 2006; 175: 255–61.
- 9) Tyc V, Throckmorton B, L. Smoking rates and the state of smoking interventions for children and ado-

- lescents with chronic illness. *Pediatrics* 2006; 118: e471–87.
- 10) Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J. ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 37–44.
- 11) Upadhyaya HP, Deas D, Brady KT, Kruesi M. Cigarette smoking and psychiatric comorbidity in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 1294–305.
- 12) Martin C, Kelly T, Rayens M, et al. Sensation seeking, puberty, and nicotine, alcohol, and marijuana use in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 1495–502.
- 13) Patton GC, Hibbert M, Rosier MJ, Carlin JB, Caust J, Bowes G. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? *American Journal of Public Health* 1996; 86: 225–30.
- 14) Nelson M, Gordon-Larsen P. Physical activity and sedentary behavior patterns are associated with selected adolescent health risk behaviors. *Pediatrics* 2006; 117: 1281–90.
- 15) Foster S, Jones D, Olson A, et al. Family socialization of adolescent's self-reported cigarette use: the role of parents' history of regular smoking and parenting style. *J Pediatr Psychology* 2006; Electronic publication ahead of print.
- 16) Sargent J, Dalton M. Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? *Pediatrics* 2001; 108: 1256–62.
- 17) Karp I, O'Loughlin J, Hanley J, Tyndale R, G P. Risk factors for tobacco dependence in adolescent smokers. *Tob Control* 2006; 15: 199–204.
- 18) Castrucci B, Gerlach K. Understanding the association between authoritative parenting and adolescent smoking. *Matern Child Health J* 2006; 10: 217–24.
- 19) Engels R, Vitaro F, Blokland E, Kemp R, Scholte R. Influence and selection processes in friendships and adolescent smoking behaviour: the role of parental smoking. *J Adolesc Health* 2004; 27: 531–44.
- 20) BAG. 2004; 29: 506.
- 21) Ziedonis D, Haberstroh S, Zimmermann M, Miceli M, Foulds J. Adolescent tobacco use and dependence: assessment and treatment strategies. *Adolesc Med* 2006; 17: 381–410.
- 22) Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP. Tabakentwöhnung: Empfehlungen für die tägliche Praxis. *Schweiz Med Forum* 2004; 4: 792–805.
- 23) Roddy E, Romilly N, Challenger A, Lewis S, Britton J. Use of nicotine replacement therapy in socioeconomically deprived young smokers: a community-based pilot randomised controlled trial. *Tob Control* 2006; 15: 373–6.