

Dieses Factsheet stellt eine Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte zum **Thema Rauchstopp und Tabakentwöhnung** dar und erhebt keinen Anspruch auf inhaltliche Vollständigkeit.

### **Warum soll das Rauchen aufgegeben werden?**

Rauchen ist laut World Health Organization weltweit die häufigste vermeidbare Todesursache, durch die jährlich fünf Millionen Menschen sterben. Im Jahr 2009 konnten in Österreich, in der Altersgruppe der 35- bis 69-Jährigen 24 % der männlichen und 17 % der weiblichen Todesfälle auf die Folgen des Rauchens zurückgeführt werden.

Durch das Rauchen kann jedes Organ im Körper geschädigt werden, besonders betroffen sind die Atemwege und das Herz-Kreislaufsystem. Bis zu 90 % aller Lungenkrebsfälle und der Großteil der COPD-Erkrankungen sind auf das Rauchen zurückzuführen. Die Gefahr, an einer Herz-Kreislauferkrankung zu erkranken ist für RaucherInnen doppelt so hoch wie für NichtraucherInnen. Zusätzlich wird die Entstehung beinahe aller existierenden Krebsarten durch das Rauchen begünstigt. Das Rauchen schädigt auch die Augen- und Zahngesundheit und kann zu Unfruchtbarkeit führen.

*(Quelle: World Health Organization 2009; Peto et al. 2012; Deutsches Krebsforschungszentrum 2005 und 2008)*

### **Was sind die gesundheitlichen Vorteile des Rauchstopps?**

Bereits kurze Zeit nach dem Rauchstopp treten Besserungen ein. Kleidung, Haare und Atem riechen nicht mehr nach Rauch, Finger und Fingernägel weisen keine gelblichen Verfärbungen mehr auf und die Flecken auf den Zähnen verblassen. Auch der Geschmacks- und Geruchssinn verbessern sich zunehmend. Das Essen schmeckt wieder besser. Alltägliche Dinge wie Hausarbeit und Treppensteigen gelingen, ohne außer Atem zu kommen.

Gesundheitliche Wirkungen im Zeitverlauf nach der letzten Zigarette:

<b>Nach 20 Minuten</b>	sinken Blutdruck und Herzfrequenz auf die Werte vor der letzten Zigarette.
<b>Nach 12 Stunden</b>	sinkt der Kohlenmonoxid-Spiegel im Blut auf normale Werte.
<b>2 Wochen bis 3 Monate</b>	nach dem Rauchstopp verbessern sich Kreislauf und Lungenfunktion.
<b>Nach 1 bis 9 Monaten</b>	gehen Hustenanfälle und Kurzatmigkeit zurück. Die Flimmerhärchen der Atemwege erlangen ihre normale Funktionsfähigkeit (u.a. Reinigung der Lungen, Reduktion der Infektionsgefahr) wieder zurück.
<b>Nach 1 Jahr</b>	ist das Risiko an einer koronaren Herzkrankheit zu erkranken nur mehr halb so hoch wie bei einem/r RaucherIn.
<b>Nach 5 bis 15 Jahren</b>	ist das Schlaganfallrisiko genauso hoch wie das eines/r NichtraucherIn.
<b>Nach 10 Jahren</b>	ist das Risiko, an Lungenkrebs zu sterben, um die Hälfte geringer, als bei einem/r RaucherIn. Das Risiko einer Krebserkrankung in der Mundhöhle, Luftröhre, Speiseröhre, Harnblase, in den Nieren und in der Bauchspeicheldrüse nimmt ebenfalls ab.
<b>Nach 15 Jahren</b>	ist das Risiko an einer koronaren Herzkrankheit zu erkranken gleich hoch wie das eines/r lebenslangen Nichtrauchers/in.

Aus subjektiver Sicht von Ex-RaucherInnen verbessert ein Rauchstopp innerhalb von drei Jahren die generelle und gesundheitsbezogene Lebensqualität und das eigene Wohlbefinden.

Der Entschluss das Rauchen aufzugeben fördert jedoch nicht nur die eigene Gesundheit, sondern auch die der Mitmenschen. Viele Menschen sind unfreiwillig den Gefahren von Passivrauch ausgesetzt und müssen geschützt werden.

*(Quelle: American Cancer Society 2012; Piper et al. 2012)*

**Warum kennt jede/r eine/n 90-jährige/n RaucherIn, die/der trotz jahrelangen Zigarettenkonsums so alt wurde?**

Viele strikte RaucherInnen versuchen immer wieder, ihr Rauchen zu rechtfertigen. Ein gängiges Argument ist beispielsweise der/die langjährige alte RaucherIn, der/die nie einen Schaden vom Rauchen davongetragen hat. Andere Argumente sind auch gesundheitsfördernde Aktivitäten als Ausgleich zum Rauchen oder das Rauchen als kleineres „Übel“ zu anderen Gesundheitsrisiken. Die meisten Raucher streiten zwar das Gesundheitsrisiko des Rauchens nicht ab, argumentieren jedoch damit, dass mäßiges Rauchen nicht schädlich sei. Tatsache ist jedoch, dass Rauchen in hohem Maße gesundheitsschädlich ist und nicht durch Maßnahmen wie Sport oder gesunde Ernährung kompensiert werden kann. Im Schnitt verkürzt sich das Leben von RaucherInnen um zehn Jahre.

*(Quelle: Heikkinen et al. 2010; Doll et al. 2004)*

**Warum ist es so schwer das Rauchen aufzugeben?**

Das größte Problem beim Rauchen ist die suchterzeugende Wirkung, für die der in Zigaretten enthaltene Stoff Nikotin verantwortlich ist. Das Abhängigkeitspotential von Nikotin ist sehr hoch und liegt weit über dem von Alkohol. Etwa 50 % bis 80 % der RaucherInnen werden abhängig. Tabakabhängigkeit findet sich auch als eigenständige Kategorie in der internationalen Klassifikation von Krankheiten der WHO (International Classification of Diseases ICD-10).

*(Quelle: Lichtenschopf 2012; World Health Organization 2011)*

**Wie kann die Abhängigkeit gemessen werden?**

Es gibt mehrere Methoden um eine Tabakabhängigkeit zu messen. Die zwei bekanntesten Verfahren sind jedoch die ICD-10 Kriterien und der Fagerström-Toleranz-Test, bei dem die Abhängigkeit anhand eines Fragebogens und einer Punkteskala selbst beurteilt werden kann. Nach dem ICD-10 müssen drei der folgenden sechs Kriterien in den letzten zwölf Monaten aufgetreten sein, um die Diagnose Tabakabhängigkeit zu stellen:

- Starker Wunsch oder Zwang, Tabak zu konsumieren
- Eingeschränkte Kontrolle über Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- Entzugserscheinungen bei Reduktion oder Beendigung des Konsums
- Toleranzentwicklung
- Zunehmende Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen zugunsten des Rauchens
- Anhaltender Konsum trotz Nachweis von Folgeschäden

*(Quelle: Lichtenschopf 2012; World Health Organization 2011)*

**Wie groß ist die Bereitschaft der RaucherInnen das Rauchen aufzugeben?**

Die große Mehrheit der befragten steirischen RaucherInnen äußert grundsätzlich die Bereitschaft das Rauchen aufzugeben. 11,8 % haben eine sehr hohe Bereitschaft, 13,3 % eine hohe Bereitschaft und 26,2 % haben eine mittlere Bereitschaft mit dem Rauchen aufzuhören. Männer und Frauen unterscheiden sich dabei nicht signifikant voneinander. Altersbedingt gibt es jedoch tendenzielle Unterschiede. So besteht in der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 18-Jährigen die deutlich geringste Motivation mit dem Rauchen aufzuhören. Weiters zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Bereitschaft das Rauchen aufzugeben und der Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten. Starke RaucherInnen, die mehr als 20 Zigaretten pro Tag rauchen, zeigen deutlich öfter eine nur sehr geringe Bereitschaft, etwas an ihrem Rauchverhalten zu ändern.

*(Quelle: Fernandez/Posch 2011, VIVID-Bevölkerungsbefragung 2009, Alter 15+ J., n=580)*

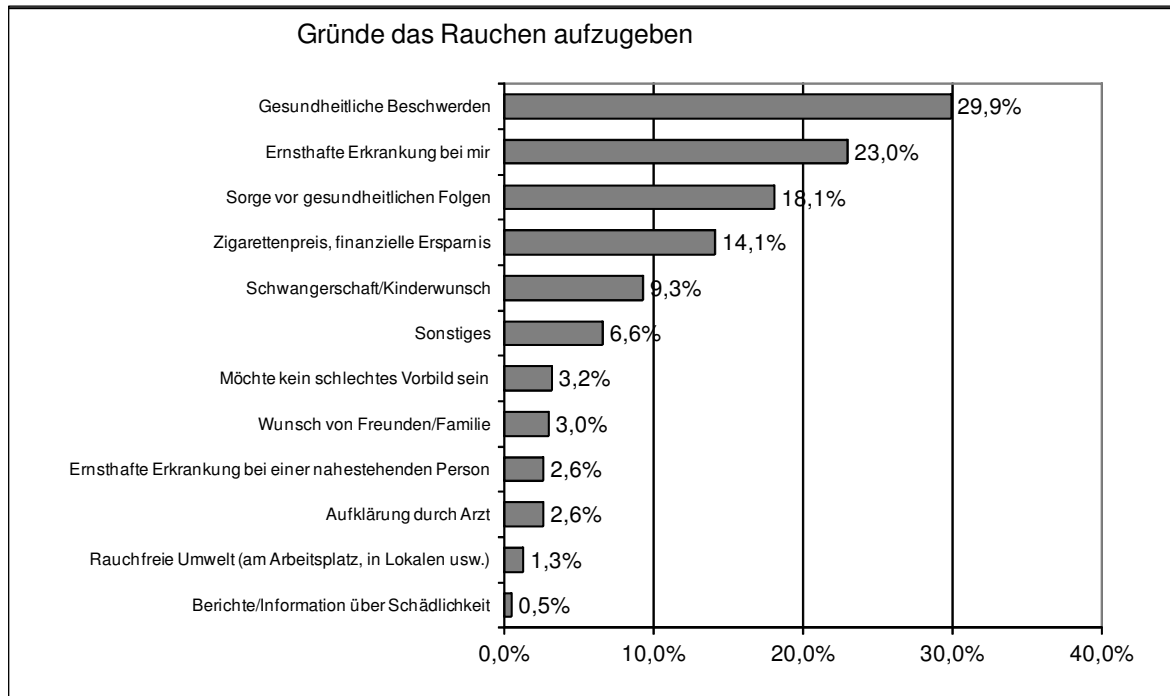
**Wie viele RaucherInnen haben bereits einen Versuch zum Rauchstopp unternommen?**

Laut Eurobarometer haben in der EU durchschnittlich drei von fünf RaucherInnen (61 %) versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Besonders in den nördlichen Mitgliedsstaaten wie Dänemark, Schweden oder Großbritannien ist der Anteil der Versuche zum Rauchstopp sehr hoch (bis zu 80 %). In Österreich haben vergleichsweise nur 37 % aller RaucherInnen mindestens einmal versucht das Rauchen aufzugeben. Allgemein nimmt der Anteil der Versuche zum Rauchstopp mit dem Alter und dem Bildungsgrad zu.

*(Quelle: Europäische Kommission 2012)*

**Was sind potentielle Gründe für RaucherInnen das Rauchen aufzugeben?**

Für die Mehrheit der rauchenden SteirerInnen wären in erster Linie die gesundheitlichen Konsequenzen des Tabakkonsums (bestehende Beschwerden und ernsthafte Erkrankungen) ein potentieller Grund, um mit dem Rauchen aufzuhören.



Quelle: Fernandez/Posch 2011, VIVID-Bevölkerungsbefragung 2009, Alter 15+ J., n=649

**Was sind Gründe, warum RaucherInnen, das Rauchen tatsächlich aufgegeben haben?**

Als Motivation das Rauchen sein zu lassen, nannte knapp die Hälfte (46,4 %) der Ex-RaucherInnen die Sorge vor den möglichen gesundheitlichen Folgen. Etwa ein Viertel (25,7 %) gab das Rauchen aufgrund bereits bestehender gesundheitlicher Beschwerden oder Erkrankungen auf. Auch die finanzielle Ersparnis spielte eine nicht unwesentliche Rolle, denn für rund ein Fünftel der RaucherInnen (21,9 %) in der Steiermark war der Zigarettenpreis der entscheidende Grund um mit dem Rauchen aufzuhören. 17,4 % war es ein Bedürfnis von der Abhängigkeit bzw. Sucht loszukommen.

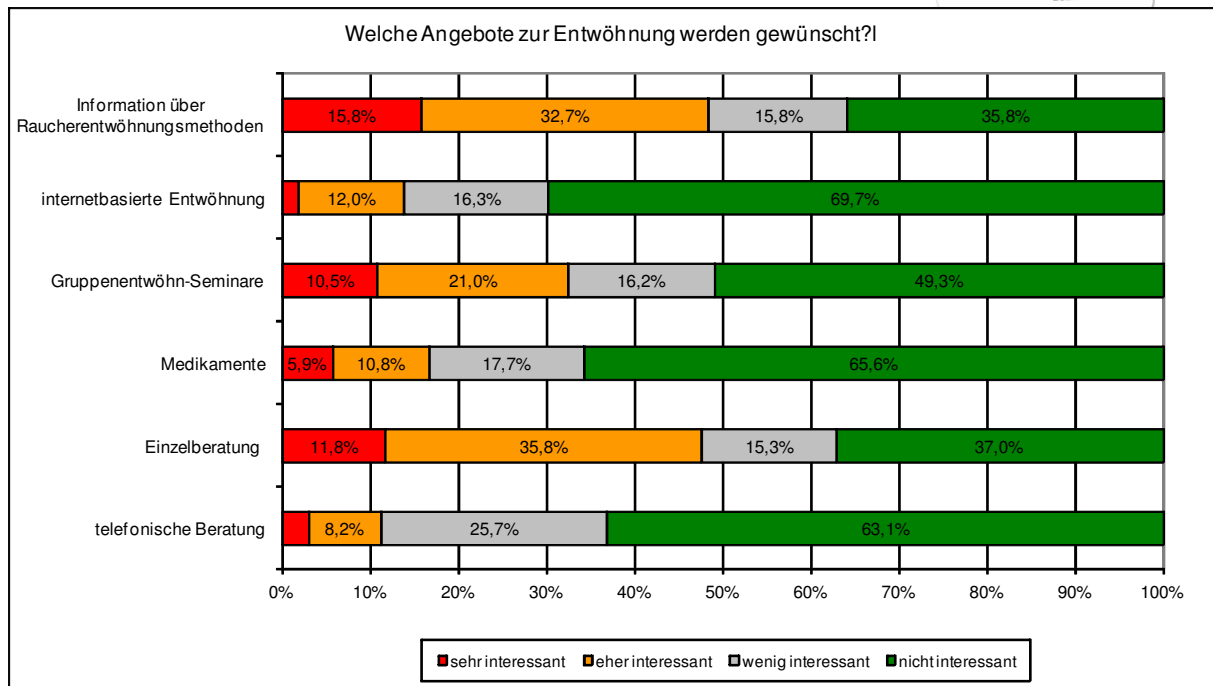
Eine französische Studie fand heraus, dass die häufigsten Motive für einen Rauchstopp gesundheitliche Motive (55 %), finanzielle Motive (24,2 %), Motivation oder Druck von Anderen (20,9 %), ein gutes Vorbild sein wollen (20,7 %) und ein rauchfreies soziales Umfeld (20,3 %) sind. Die letzten drei Motive, also soziale Gründe, wirken besonders nachhaltig. Personen mit diesen Ausstiegsmotiven werden am seltensten rückfällig.

(Quelle: Fernandez/Posch 2011, VIVID-Bevölkerungsbefragung 2009, Alter 15+ J., n=580; Baha/Le Faou 2010, N=13.746 registrierte Ex-RaucherInnen)

**Welche Unterstützung wünschen sich die SteirerInnen beim Rauchstopp?**

Primär wünscht sich die Mehrheit der steirischen RaucherInnen, die zumindest geringe Bereitschaft zum Rauchstopp aufwiesen (69,1 % weisen zumindest geringe Bereitschaft auf, das Rauchen aufzugeben) mehr Informationen zu den verschiedenen Entwöhnungsmethoden (64,2 %). Wissenswertes dazu findet sich in diesem Factsheet bzw. auf [www.vivid.at](http://www.vivid.at) und [www.rauchertelefon.at](http://www.rauchertelefon.at). Auch Einzelentwöhnung (63 %) und Gruppenentwöhnseminare (50,2 %) werden als geeignete Maßnahmen zur Unterstützung beurteilt.

(Quelle: Fernandez/Posch 2011, VIVID-Bevölkerungsbefragung 2009, Alter 15+ J., n=428)



Quelle: Fernandez/Posch 2011, VIVID-Bevölkerungsbefragung 2009; Alter 15+ J., n=428

### Was ist die beste Methode für den Rauchstopp?

Es gibt eine Vielzahl an Methoden um das Rauchen aufzugeben, dessen Wirksamkeit mehr oder weniger bewährt und wissenschaftlich fundiert ist. Empfohlen werden kann jedoch Individual-, Gruppen- und Telefonberatung, deren Effektivität mit der Intensität der Beratung zunimmt. Außerdem sind eine Vielzahl von wirksamen Medikamenten und Nikotinersatzpräparaten verfügbar. Die Kombination aus Beratung und Medikation, in welcher Form auch immer, ist effektiver als die jeweilige Methode alleine und ist daher empfehlenswert.

(Quelle: Fiore et al. 2008)

### Welche psychosozialen Behandlungs- und Beratungsformen gibt es in der Tabakentwöhnung?

Kurzinterventionen, die von allen ExpertInnen im Gesundheitssystem durchgeführt werden sollten, sind oft der erste Anstoß für RaucherInnen ihr Rauchverhalten zu ändern. Solche Kurzinterventionen sind meist kürzer als zehn Minuten. Aber auch schon eine kurze Beratung von bis zu drei Minuten erhöht im Vergleich zu keinem Rat die Abstinenzraten.

Einzel- und Gruppenberatung sind die erfolgreichsten Beratungsformen in der Tabakentwöhnung. Vier oder mehr Sitzungen sind ideal, um abstinent zu bleiben. Prinzipiell gilt: Je größer die Anzahl der Beratungskontakte und je länger die Dauer der einzelnen Kontakte, desto höher ist die Abstinenzrate. Die ideale Gesamtdauer von Beratungskontakten liegt zwischen 90 und 300 Minuten. Bei einer Gesamtdauer von über 300 Minuten kommt es zu keiner substantiellen Erhöhung der Abstinenzraten mehr.

Sogenannte telefonische „Quitlines“ wie das österreichische Rauchertelefon (0810/810 013, [www.rauchertelefon.at](http://www.rauchertelefon.at)) weisen nach Einzel- und Gruppenberatung die nächstgrößte Wirksamkeit aller Beratungsformen auf. Telefonische Beratung kann alleine oder als Unterstützung zu anderen Behandlungsformen angewandt werden.

(Quelle: Lichtenschopf 2012; Fiore et al. 2008; Lancaster/Stead 2008; Stead/Lancaster 2008)

### Wie funktioniert eine psychosoziale oder verhaltensbezogene Behandlung?

Grundsätzlich erfolgt eine Behandlung unter Beachtung zweier Aspekte: Erstens ist die praxis- und verhaltensbezogene Beratung und zweitens die soziale Unterstützung und Ermutigung bzw. Motivation von Bedeutung.

Bei einer verhaltensbezogenen Behandlung werden Risikosituationen wie Stress oder Schlüsselreize für den Zigarettenkonsum analysiert. Daraufhin werden Copingstrategien entwickelt um mit diesen Risikosituationen umzugehen. Dabei wird gelernt, wie Routinen geändert werden, wie Stress reduziert wird oder wie ein starkes Verlangen nach einer Zigarette unterdrückt wird.

Die unterstützende Behandlungskomponente beinhaltet Ermutigung zum Rauchstopp und die Vermittlung von Vertrauen in die Kompetenzen des/r Patienten/in. Weiteres wird Interesse und Zuwendung gezeigt und Hilfsangebote ausgesprochen. Prinzipiell soll dazu angeregt werden, über den Verlauf des Rauchstopps sowie über Motive, Ängste oder Sorgen zu sprechen.

(Quelle: Lichtenschopf 2012; Fiore et al. 2008)

### **Was ist eine Nikotinersatz- bzw. -substitutionstherapie?**

Der Einsatz von Nikotinersatzpräparaten erhöht in Kombination mit Beratung die Erfolgsrate einer Tabakentwöhnung in der Langzeitperspektive. Entzugserscheinungen können in den ersten Monaten durch die Einnahme von Nikotin vermindert werden und erleichtern den Betroffenen so die Bewältigung psychologischer Aspekte. Eine rein medikamentöse Tabakentwöhnung wird jedoch von ExpertenInnen nicht empfohlen. Folgende Produkte können zu den sogenannten First-Line-Medikamenten gezählt werden:

**Nikotin-Kaugummis** eignen sich besonders für sogenannte SpitzenraucherInnen. Darunter versteht man jene RaucherInnen, die vor allem in Gesellschaft, bei Stress etc. zur Zigarette greifen. Kaugummis sind besonders für RaucherInnen, die durch „Etwas-im-Mund-haben“ beruhigt werden, geeignet. Der Vorteil des Kaugummis ist, dass die Dosierung selbst geregelt werden kann.

**Nikotin-Tabletten** wirken gleich wie Nikotin-Kaugummis und eignen sich insbesondere für Menschen, die keine Kaugummis kauen können oder wollen.

**Nikotin-Pflaster** eignen sich für sogenannte SpiegelraucherInnen, d.h. RaucherInnen, die über den Tag verteilt regelmäßig rauchen, um ihren Nikotinspiegel konstant zu halten. Beim Pflaster handelt es sich um ein fixes Nikotinabgabesystem, bei dem keine individuelle Dosierung möglich ist. Die empfohlene Anwendungsdauer beträgt acht bis zwölf Wochen, wobei oft eine Kombination mit einem anderen Ersatzmedikament erfolgt.

**Nikotin-Inhalatoren** eignen sich auch für weniger nikotinabhängige Spiegel- oder SpitzenraucherInnen, sowie für Mischtypen. Sie sind besonders für RaucherInnen geeignet, die das Rauch-Ritual vermissen. Auch hier kann die Dosis individuell geregelt werden.

**Nikotin-Nasalsprays** werden besonders bei starken RaucherInnen eingesetzt. Sie sind ein starker und schnell wirkender Nikotinersatz. Bereits nach fünf bis zehn Minuten tritt die Wirkung ein. Anfangs treten Nebenwirkungen wie Reizung der Nasenschleimhäute auf, wobei die Gewöhnung nach wenigen Tagen erfolgt. Der Nasalspray sollte nicht zu oft am Tag verwendet werden. Bei häufigerem Bedarf ist es ratsam auf ein länger wirkendes Präparat umzusteigen.

(Quelle: Lichtenschopf 2012)

### **Welche anderen medikamentösen Methoden werden bei der Tabakentwöhnung eingesetzt?**

Folgende Wirkstoffe gehören wie die erwähnten Nikotinersatzpräparate zu den sogenannten First-Line-Medikamenten und werden aufgrund der bewiesenen Wirksamkeit in der Tabakentwöhnung häufig eingesetzt. Weiteres gibt es auch noch sogenannte Second-Line-Medikamente, die im Einzelfall, wenn z.B. First-Line-Medikamente nicht wirksam waren oder nicht angewendet werden konnten, zum Einsatz. Alle erwähnten Medikamente und Nikotinersatzpräparate sollten jedoch nicht für die Entwöhnung von Spezialpopulationen wie Jugendlichen unter 18 Jahren oder schwangeren Frauen eingesetzt werden.

#### Bupropion

Dieser Wirkstoff war der erste nicht-nikotinhaltige Wirkstoff, der erstmals 1997 in der Tabakentwöhnung zum Einsatz kam. Es wird davor ausgegangen, dass die Wirkung auf der verminderten Aufnahme von Dopamin und Noradrenalin im Gehirn basiert. Mit der Therapie wird meist begonnen, wenn der Patient bzw. die Patientin noch raucht. In der zweiten Woche soll ein Rauchstopp erfolgen. Die Anwendung erfolgt oft in Kombination mit Nikotinersatzpräparaten. Die Wahrscheinlichkeit einer Langzeitabstinenz erhöht sich durch den Einsatz dieser Medikation deutlich.

#### Vareniclin

Dieser Wirkstoff wird seit 2008 in der Tabakentwöhnung eingesetzt. Vareniclin wirkt durch die Bindung an die Nikotinrezeptoren im zentralen Nervensystem, wodurch eine Verminderung der Entzugserscheinungen und der Lust am Rauchen bewirkt wird. Auch hier wird mit der Therapie schon

rund zwei Wochen vor dem geplanten Rauchstopp begonnen. Es erfolgt jedoch keine Kombination mit Nikotinersatzpräparaten. Da Vareniclin erst seit relativ kurzer Zeit zum Einsatz kommt, laufen derzeit einige Studien, um den Langzeiteffekt der Wirkungsmechanismen zu erforschen.

(Quelle: Fiore et al. 2008; Lichtenschopf 2012)

### **Welche sonstigen Methoden gibt es?**

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass es derzeit keine ausreichenden Hinweise für die positive Wirksamkeit von alternativen Methoden in der Tabakentwöhnung gibt. Die Forschungslage ist diesbezüglich nicht ausreichend bzw. weisen viele Studien methodische Probleme auf. Folgend werden einige Methoden kurz erläutert:

#### Hypnose

Eine eindeutige Beurteilung zur Wirkungsweise von Hypnose in der Tabakentwöhnung ist derzeit aufgrund unzureichender Forschungsergebnisse nicht möglich. Es gibt Hinweise darauf, dass Hypnose das Rauchverhalten schwächen, sowie den Willen zum Aufhören stärken kann. Hypnose ist eine von der WHO nicht anerkannte Behandlungsform zur Tabakentwöhnung und wird deshalb von Experten nicht empfohlen.

#### Akupunktur

Auch In Bezug auf die Einsetzbarkeit von Akupunktur in der Tabakentwöhnung herrscht eine mangelnde Forschungslage. Bisher konnte keine Effizienz zur Unterstützung der Tabakentwöhnung und keine Überlegenheit gegenüber einer anderen Behandlungsmethode nachgewiesen werden. Möglicherweise kann der Einsatz von Akupunktur Entzugsserscheinungen abmildern. Dieser Effekt könnte jedoch auch durch andere Faktoren wie positive Erwartungen herbeigeführt werden. Daher wird auch Akupunktur als Behandlungsform zur Tabakentwöhnung von Experten nicht empfohlen.

(Quelle: Lichtenschopf 2012; White et al. 2011)

### **Was ist die Schluss-Punkt-Methode?**

Die Schluss-Punkt-Methode stellt keine spezielle Form der Raucherentwöhnung dar sondern beschreibt die Herangehensweise an den Rauchstopp. Im Gegensatz zur weit weniger effektiven Reduktionsmethode, bei der der Zigarettenkonsum schrittweise reduziert wird, hört man bei der Schluss-Punkt-Methode von einem Tag auf den anderen zu rauchen auf. Dazu vereinbart man mit sich selbst einen Termin für den Rauchstopp. Um die Erfolgchancen für den Rauchausstieg zu erhöhen, ist es wichtig, sich auf den Tag X gut vorzubereiten, indem man bereits vorab sein Rauchverhalten mittels Rauchprotokoll beobachtet und sich anstatt des obligaten Griffs zur Zigarette Alternativen überlegt. Tipps für die richtige Vorbereitung und die ersten rauchfreien Tage finden Sie unter [www.rauchertelefon.at](http://www.rauchertelefon.at)

### **Welche Methode wird von RaucherInnen am häufigsten verwendet um mit dem Rauchen aufzuhören?**

EU-weit startet der größte Anteil (66 %) der aufhörwilligen RaucherInnen einen Rauchstopp ohne jegliche Hilfe. 22 % versuchen einen Rauchstopp mit Hilfe von Nikotinersatztherapie oder anderen Medikamenten und 7 % nehmen die Unterstützung von ÄrztInnen oder anderen GesundheitsexpertInnen in Anspruch. Nur ein sehr geringer Anteil (4 %) versucht durch die Hilfe von alternativen Methoden wie Akupunktur oder Hypnose aufzuhören. Jeweils 1 % lässt sich via Telefon (z.B. Rauchertelefon) oder Internet beraten. Eine Nikotinersatztherapie wird am häufigsten in Irland eingesetzt (50 %) und eine Unterstützung von ÄrztInnen oder anderen GesundheitsexpertInnen erfolgt am häufigsten in Schweden (15 %). In Portugal und Griechenland wird am seltensten Hilfe beim Rauchstopp in Erwägung gezogen. Die österreichischen Zahlen entsprechen in etwa dem EU-Durchschnitt.

(Quelle: Europäische Kommission 2012)

### **Wie hoch liegen die Erfolgsraten beim Rauchstopp?**

Beim Umgang mit Erfolgsraten ist immer Vorsicht geboten, denn nicht alle Untersuchungen definieren Erfolg auf die gleiche Art und Weise. Erfolg kann das Nichtrauchen am Ende eines Entwöhnungsprogramms oder auch reduziertes Rauchen bedeuten. Möglich sind auch die unterschiedlichsten Zeitanlagen von drei Monaten bis zu einem Jahr rauchfrei. Deshalb ist es bei solchen Angaben immer wichtig, die Erhebungsmethode miteinzubeziehen.

Die Wahrheit ist, dass die meisten Programme, die Sucht behandeln, nur geringe Erfolgsraten aufweisen. Viele Raucherinnen und Raucher benötigen mehrere Aufhörversuche. Der Weg zum/r Nichtrau-

cherIn ist vielfach durch den Wechsel von Abstinenz und Rückfall gekennzeichnet. Doch auch beim Rauchstopp gilt: Je besser die Vorbereitung, desto größer sind die Erfolgchancen.

Die höchste Abstinenzrate wird jedoch durch eine Kombination aus Beratung (8 Beratungstermine) und Nikotinersatztherapie erreicht und liegt bei 32,5 %.

(Quelle: American Cancer Society 2012; Fiore et al. 2008)

### Stimmt es, dass Frauen das Rauchen schwerer aufgeben?

Die Datenlage ist im Moment nicht eindeutig. Es gibt zwar einige Indizien dafür, dass Frauen ein Ausstieg schwerer fällt, eine aktuelle Befragung ergab jedoch, dass die Ausstiegsraten von Männern und Frauen gleich hoch sind. Das Deutsche Krebsforschungszentrum bezeichnet die geringere Aufhörungswahrscheinlichkeit von Frauen als Mythos, der den Frauen und ihrem Selbstbewusstsein beim Aufhören schadet. Dieser Irrglaube müsse daher beseitigt werden.

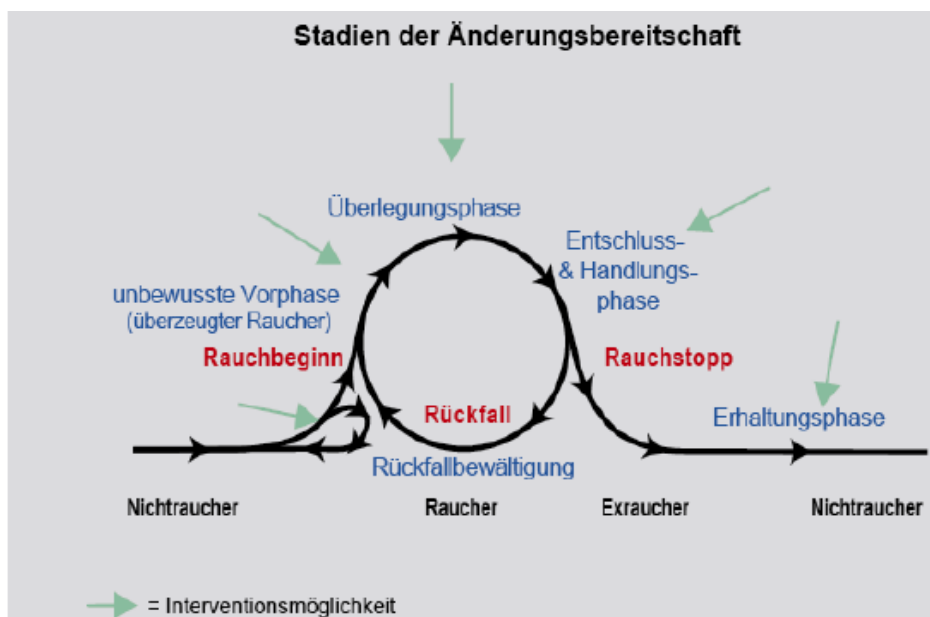
(Quelle: Jarvis et al. 2012; Deutsches Krebsforschungszentrum Newsletter 2012 Nr. 2)

### Wie erfolgt der Prozess vom Rauchen zum Nichtraucher?

Nach dem Modell von Prochaska und DiClemente kann der Prozess vom Rauchen zum Nichtraucher als dynamischer Phasenprozess verstanden werden, der aus folgenden Phasen besteht:

- **Unbewusste Vorphase:** Der/die RaucherIn möchte sein/ihr Rauchverhalten beibehalten und die Nachteile des Rauchens werden nicht wahrgenommen.
- **Überlegungs- oder Einsichtphase:** Der/die RaucherIn überlegt das Rauchen aufzugeben, ist aber noch nicht bereit dafür.
- **Entschlussphase:** Der Ausstieg aus dem Rauchen wird in Angriff genommen. Eventuell wird Hilfe in Erwägung gezogen.
- **Aktions- oder Handlungsphase:** Der höchste Punkt der Motivation ist erreicht. Der Rauchstopp wird alleine oder durch professionelle Unterstützung durchgeführt.
- **Erhaltungsphase:** Nach einer sechsmonatigen Abstinenz muss noch immer, mehr oder weniger und die Aufrechterhaltung gekämpft werden.
- **Nichtraucherphase:** Erst nach einem Jahr können sich ehemalige RaucherInnen als stabile Ex-RaucherInnen bezeichnen.

(Quelle: Prochaska/DiClemente 1983; Deutsches Krebsforschungszentrum/Bundeszahnärztekammer 2010)



(Quelle: Prochaska/DiClemente 1983; Darstellung: Deutsches Krebsforschungszentrum/Bundeszahnärztekammer 2010)

### Welche Entzugserscheinungen treten nach dem Rauchstopp auf?

Nach einem Rauchstopp können häufig Entzugserscheinungen auftreten, die physisch oder psychisch bedingt sind. Physische Entzugserscheinungen entstehen durch das Ausbleiben der Nikotinzufuhr. Psychische Entzugserscheinungen entstehen, da eine Gewohnheit aufgegeben wurde und eine Ver-

haltensänderung erfolgt. Bereits wenige Stunden nach dem Rauchstopp können die ersten Entzugsercheinungen auftreten. Sie erreichen ihren Höhepunkt nach zwei bis drei Tagen und können wenige Tage bis einige Wochen andauern.

Die häufigsten **Entzugsercheinungen** sind:

- starkes Rauchverlangen („craving“)
- Schwindelgefühle
- Niedergeschlagenheit, Depression
- Frustration, Ungeduld und Reizbarkeit
- Schlafstörungen, Probleme einzuschlafen und durchzuschlafen, schlechte Träume
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Ruhelosigkeit
- Kopfschmerzen
- Müdigkeit
- Heißhunger, Gewichtszunahme

(Quelle: American Cancer Society 2012)

### Welche Rolle spielen der/die PartnerIn bzw. die Kinder bei der Tabakentwöhnung?

Als PartnerIn eines oder einer Aufhörwilligen ist es wichtig, Freude über seinen oder ihren Aufhörversuch auszudrücken, sie oder ihn zum Durchhalten zu ermutigen und aktiv dabei zu unterstützen, selbst in Stresssituationen ohne Zigaretten auszukommen. Wenig hilfreich ist es hingegen einen Rauchstopp einzufordern, ohne konkrete Hilfe anzubieten, mangelndes Durchhaltevermögen zu bedauern und am Aufhörversuch Zweifel zu äußern.

Rauchen beide, ist es im Hinblick auf den Erfolg des Rauchstopps sinnvoll, die Entwöhnung gemeinsam zu planen und umzusetzen.

(Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007)

### Welche Institutionen und Einrichtungen in der Steiermark bieten Unterstützung bei der Tabakentwöhnung?

- Rauchertelefon 0810/810 013, [www.rauchertelefon.at](http://www.rauchertelefon.at)
- Gruppenseminar für Erwachsene: „Rauchfrei in 6 Wochen“, STGKK, 0316/8035-1919
- Gruppenseminar für Jugendliche: „take control“, 0316/823300, [www.vivid.at](http://www.vivid.at)

### Fazit

Die einzige Möglichkeit, um sich und andere vor den negativen gesundheitlichen Folgen des Zigarettenkonsums zu bewahren ist, das Rauchen gänzlich aufzugeben. Der Wille, den Glimmstängel ein für alle mal auszudämpfen, ist bei den Steirerinnen und Steirern auf jeden Fall vorhanden. Laut Bevölkerungsbefragung gaben 51,3 % aller RaucherInnen an, eine sehr hohe bis mittlere Bereitschaft zu haben, das Rauchen aufzugeben. Die „einzig wahre“ Methode von der Nikotinabhängigkeit loszukommen gibt es ebenso wenig, wie den „einzig richtigen“ Zeitpunkt dafür. Gute Vorbereitung sowie Hilfe und Unterstützung durch Partner, Kinder und kompetente Institutionen und Einrichtungen können die Erfolgchancen beim Rauchausstieg jedoch wesentlich erhöhen.



## Quellen

- American Cancer Society (2012): Guide to Quitting Smoking.  
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002971-pdf.pdf> (Stand 01.12.2012)
- Baha M., Le Faou AL. (2010): Smoker's reasons for quitting in an anti-smoking social context. In: Public Health. Vol 124. pp. 225-231.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (2007): Ja, ich werde rauchfrei. Broschüre. Köln.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2005): Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten. Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit. Heidelberg und Berlin.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2008): Gesundheitsschäden durch Rauchen und Passivrauchen. Heidelberg.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), Bundeszahnärztekammer (2010): Rauchen und Mundgesundheit. Erkrankungen des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs und Interventionsstrategien für Zahnärzte. Heidelberg.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2012): Newsletter 2012/2. [http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/Newsletter/Newsletter2012/Newsletter\\_Juli\\_2012.pdf](http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/Newsletter/Newsletter2012/Newsletter_Juli_2012.pdf)
- Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. (2004): Mortality in relation to smoking. 50 years' observation on male British doctors. In: BMJ. Vol.
- Europäische Kommission (2012): Special Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans towards Tobacco.
- Fernandez K., Posch W. (2011): Tabakpräventionsstrategie Steiermark. Grundlagen, Ziele und Maßnahmen 2007 bis 2010. Graz: VIVID – Fachstelle für Suchtprävention, Eigenverlag.
- Fiore MC., Jaen CR., Baker TB. et al.(2008): Treating Tobacco Use and Dependence. 2008 Update. Clinical Practice Guideline. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Rockville.
- Heikkinen H., Patja K., Jallinoja P. (2010): Smokers' accounts on the health risks of smoking: why is smoking not dangerous for me? In: Soc Sci Med 2010. Vol. 71. Pp. 88-883.
- Jarvis MJ., Cohen JE., Delnevo CD., Giovino GA. (2012): Dispelling myths about gender differences in smoking cessation: population data from the USA, Canada and Britain. In: Tab Control.
- Lancaster T., Stead LF. (2008): Individual behavioral counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Lichtenschopf A. (2012): Standards der Tabakentwöhnung. Konsensus der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie. Update 2010. Wien: Springer Verlag.
- Peto R., Lopez AD., Borham J., Thun M. (2012): Mortality from Smoking in developed countries. 1950-2005 (or later). Austria. [www.deathfromsmoking.net](http://www.deathfromsmoking.net)
- Piper ME., Kenford S., Fiore MC., Baker TB. (2012): Smoking cessation and quality of life. Changes in life satisfaction over 3 years following a quit attempt. In: Ann Behav Med. Vol. 43/2. Pp. 262-270.
- Prochaska JO., DiClemente CC. (1983): Stages and processes of self-change of smoking. Toward an integrative model of change. In: J Consult Clin Psychol. Vol. 51. Pp. 390-395.
- Stead LF., Lancaster T. (2008): Group behavior therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- White AR., Rampes H., Liu JP., Stead LF., Campell J. (2011): Acupuncture and related interventions for smoking cessation. In: Chrochane Database Syst Rev. Vol. 19/1.
- World Health Organization (WHO) (2009): WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009. Implementing smoke-free environments. Geneva.
- World Health Organization (WHO) (2011): International statistical classification of diseases and related health problems.10th revision. Edition 2010.

---

**Impressum**

© 2013 VIVID - Fachstelle für Suchtprävention, Graz  
Autoren:  
Mag. Waltraud Posch, Mag. Karina Fernandez, Sandra Dohr

Zitierweise:  
VIVID - Fachstelle für Suchtprävention (Hrsg.): Factsheet 3 – Tabakentwöhnung. Hintergründe und steirische Fakten 2013

Verantwortlich für den Inhalt:  
**Tabakpräventionsstrategie Steiermark – Koordinationsstelle**  
c/o VIVID – Fachstelle für Suchtprävention  
Hans-Sachs-Gasse 12/II  
8010 Graz

---

Umgesetzt durch:



Im Auftrag von:

