

Tabakprävention – auch eine kinderärztliche Aufgabe!

Schweizerische Arbeitsgruppe für pädiatrische Pneumologie (SAPP)

Jürg Barben, Pneumologie, Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen, Sekretär SAPP
Carmen Casaulta, Pneumologie, Universitätskinderklinik, Inselspital, Bern, Präsidentin SAPP

Hand aufs Herz: Wann haben Sie das letzte Mal nach der Passivrauchbelastung gefragt, wenn sie die Diagnose einer Otitis media oder einer Bronchitis gestellt haben? Gehört die Frage nach den Rauchgewohnheiten der Eltern zu ihrem Anamneserepertoire bei der Erstuntersuchung eines Kindes? Sprechen Sie mit den Jugendlichen übers Rauchen und seine Folgeschäden? Solche und ähnliche Fragen geben jedem Kinderarzt die Möglichkeit, einen Beitrag an die Tabakprävention zu leisten, denn durch Tabakrauch bedingte Schäden sowie Rauchergewohnheiten entstehen bereits im Kindes- und Jugendalter¹ und der Kinderarzt kann dabei eine sehr wichtige Rolle spielen.²

Es ist heute unbestritten, dass Rauchen eines der grössten Gesundheitsprobleme in unserem Lande ist und für rund 30% aller Krebserkrankungen und 90% aller Lungentumoren verantwortlich gemacht wird.³ Ein Raucher stirbt im Durchschnitt 10 Jahre früher als ein Nichtraucher, was kürzlich in einer Studie mit 34'000 Ärzten aus England gut dokumentiert werden konnte.⁴ In der Schweiz raucht insgesamt ein Drittel der Bevölkerung, wobei bereits 30% der Jugendlichen im Alter von 14–20 Jahren rauchen, 17% davon täglich.⁵ Der überwiegende Teil der Raucher beginnt mit dem Rauchen vor dem 18. Altersjahr. Ein Hauptfaktor für den Rauchbeginn ist sicher der «Gruppendruck» unter den Gleichaltrigen – als Jugendlicher möchte man eben dazugehören. Daneben spielt aber das Vorbild der Eltern und Geschwister eine entscheidende Rolle: rauchen beide Eltern, ist das Risiko vierfach, rauchen die Geschwister ist das Risiko dreifach erhöht.⁵ Aber auch die Werbung und die Vorbildfunktionen der Film- und Musikstars spielt für den Rauchbeginn eine grosse Rolle, wie kürzlich eine Kohortenstudie aus Amerika zeigen konnte.⁶ Heute enthalten rund 85% aller Filme Raucherszenen und in 29% aller Filme erscheinen auch die Markennamen der Tabakkonzerne: in 35% der Jugend- und

20% der Kinderfilme!⁷ Aber die Werbung setzt heute noch viel früher an: In einer Untersuchung mit 229 Kindern im Vorschulalter haben 30% der 3-jährigen das Bild von «Old Joe the Camel» (Comicsfigur der Camel-Zigarette) mit Zigaretten in Verbindung gebracht; bei den 6-jährigen waren es gar 91%!

Auch die schädlichen Wirkungen des Passivrauchens sind heute gut dokumentiert.^{1), 8)–13)} Im Nebenstromrauch (Verbrennungsprodukte am Ende der Zigarette) kommen viele der 40 teratogenen Substanzen sogar noch in höherer Konzentration als im Hauptstromrauch vor.¹³⁾ Kinder von Rauchern haben ein mindestens doppelt so hohes Risiko für SIDS sowie Infektionen in den oberen und unteren Atemwege.^{13), 14)} In der Schweiz sind beinahe 50% der Kinder zu Hause dem Passivrauch ausgesetzt,¹⁵⁾ die sich dagegen kaum wehren können; weltweit wird die Zahl auf 700 Millionen geschätzt.³⁾

Angesichts dieser bedrückenden Tatsachen ist effektives Handeln gefordert. Dazu gehören die vom BAG geforderte Massnahmen zum Schutze der Nichtraucher wie Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden, Restaurants, Verkehrsmittel usw. sowie die Erhöhung der Zigarettenpreise und Tabakwerbverbote.^{16)–18)} Diese Forderungen werden auch von der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie und der Lungenliga unterstützt, an deren Stellungnahme (vgl. beiliegender Text) die SAPP entscheidend mitgearbeitet hat. Eine breite öffentliche Unterstützung durch alle Ärztesellschaften – auch der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie – würde der schnelleren Umsetzung der geforderten Massnahmen sicher dienlich sein.

Alle diese vom Staat geforderten Massnahmen werden aber für den Schutz der Kinder nicht ausreichen, denn in der häuslichen Umgebung haben diese kaum eine Wirkung. Die

vom Passivrauchen betroffenen Kinder brauchen aber einen wirkungsvollen Schutz wozu wir Kinderärzte gefordert sind.^{2), 19)} Der effektivste Schutz ist sicher ein Rauchstopp der Eltern, wofür der Kinderarzt ein erster Motivationsanstoß geben kann. Aufgrund der Nikotinsucht ist dieser Schritt aber oft nicht einfach durchzuführen: laut der Schweizerischen Umfrage zum Tabakkonsum möchten 52% der Raucher aufhören, aber nur wenigen gelingt es.⁵⁾ Trotzdem sollten alle rauchenden Eltern ermutigt werden, diesen Schritt zu wagen: die Gesundheit der Kinder – insbesondere während der Schwangerschaft – ist für viele Eltern ein sehr starkes Motiv für einen Rauchstopp. Die weitere ärztliche Begleitung eines Nikotinsentzuges durch den Hausarzt kann dabei sehr erfolgsversprechend sein.^{20), 21)} Ein effektiver Schutz der Kinder, der sofort umgesetzt werden kann, ist das konsequente Rauchen ausserhalb der Wohnung (mit geschlossenen Türen und Fenster!).²²⁾ Empfehlen Sie den Eltern, beim Zug fahren konsequent ins Nichtraucherabteil zu sitzen und im Restaurant nach Nichtraucherplätzen zu fragen. Der Kinderarzt spielt eine entscheidende Rolle in der Tabakprävention und die tägliche Überzeugungsarbeit eines jeden Kinderarztes gefordert. Mit den Eltern über die schädlichen Folgen des Rauchens für das Kind zu sprechen gehört in der heutigen Zeit zum Basisberatungsgespräch. Auch mit den Jugendlichen über das Rauchen und dessen Folgen für ihr persönliches Leben zu sprechen ist nicht vergebens – viele beginnen sehr leichtsinnig mit dem Rauchen und die Stellungnahme des Kinderarztes hat auch beim Jugendlichen ein Gewicht! Daneben sind wir Kinderärzte auch im Schulärztlichen Dienst bzw. in der Beratung von Präventionsprogrammen in Schulen bzw. Gemeinden gefordert, wo wir einen wesentlichen Beitrag in der Tabakprävention leisten können.

Referenzen

- 1) Le Souef PN. Tobacco related lung disease begin in childhood. *Thorax* 2000; 55: 1063–7.
- 2) Sockrider MM. The role of the pediatrician in smoking prevention. *Current Opinion in Pediatrics* 1997; 9: 225–9.
- 3) WHO. Global Cancer Alliance calls on cancer control community to put words into action and save millions of lives. The alliance for global cancer control commits support for worldwide FCTC implementation. 4-8-2003. Joint Press Release WHO/UICC/61.
- 4) Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. *BMJ* 2004; 328: 1519–29.
- 5) Keller R, Krebs H, and Hornung R. Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum (Tabakmonitoring). 2003. Universität Zürich.

- 6) Dalton MA, Sargent JD, Beach ML, Titus-Ernstoff L, Gibson JJ, Ahrens MB et al. Effect of viewing smoking in movies on adolescent smoking initiation: a cohort study. *Lancet* 2003; 362: 281-5.
- 7) Sargent JD, Tickle JJ, Beach ML, Dalton MA, Ahrens MB, Heatherton TF. Brand appearances in contemporary cinema films and contribution to global marketing of cigarettes. *Lancet* 2001; 357: 29-32.
- 8) Strachan DP, Cook DG. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax* 1997; 52: 905-14.
- 9) Strachan DP, Cook DG. Parental smoking, middle ear disease and adenotonsillectomy in children. *Thorax* 1998; 53: 50-6.
- 10) Joad JP. Smoking and pediatric respiratory health. *Clinics in chest medicine* 2000; 21: 37-46.
- 11) Sockrider MM. Addressing tobacco smoke exposure: passiv and active. *Ped Pulmonol* 2004; 26: 183-7.
- 12) Host A. The role of passive smoking and indoor pollution. *Ped Pulmonol* 2004; 26: 218-9.
- 13) Bornhäuser D and Pötschke-Langer M. Passivrauchende Kinder in Deutschland – Frühe Schädigungen für ein ganzes Leben. 2003. Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg.
- 14) Cook DG, Strachan DP. Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax* 1999; 54: 357-66.
- 15) Latal Hainal B, Braun-Fahrländer C, Grize L, Gassner M, Varonier HS, Vuille JC et al. Effect of environmental tobacco smoke exposure on respiratory symptoms in children. *Schweiz Med Wochenschr* 1999; 129: 723-30.
- 16) Hollenstein P and Anner N. Bund plant Grossangriff gegen Raucher und Tabak. *NZZ am Sonntag*. 18-7-2004.
- 17) Hollenstein P. Nichtrauchererschutz ist Kernaufgabe des Staates. *NZZ am Sonntag*. 25-7-2004.
- 18) Bilton P. Die Zukunft ist rauchfrei. *NZZ am Sonntag*. 25-7-2004.
- 19) American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, Asia Pacific Society of Respiratory, Canadian Thoracic Society, European Respiratory Society, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Smoking and health: a physician's responsibility. a statement of the joint committee on smoking and health. *Eur Respir J* 1995; 8: 1808-11.
- 20) Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP. Tabakentwöhnung – wie es geht und was es bringt. *Schweiz Med Forum* 2004; 4: 764-70.
- 21) Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP. Tabakentwöhnung – Empfehlungen für die Praxis. *Schweiz Med Forum* 2004; 4: 792-805.
- 22) Johansson AK, Hermansson G, Ludvigsson J. How should parents protect their children from environmental tobacco-smoke exposure in the home. *Pediatrics* 2004; 113: e291-e295.