



in Zusammenarbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer und dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

**Nr. 25
Oktober
2007**

Editorial

„Tabakentwöhnung – Vergangenheit und Zukunft“ lautete der Eröffnungsvortrag von Karl O. Fagerström bei der 9. Jahreskonferenz der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) Europa in Madrid. Eine seiner zentralen Botschaften war, dass es nicht mehr ausreicht, Raucherinnen und Rauchern zu empfehlen, sich mit Karotten und Wasserflaschen auszurüsten, um die Verhaltensgewohnheiten und Entzugsprobleme zu überwinden. Insbesondere in den Ländern mit einer in den letzten Jahren und Jahrzehnten deutlich gesunkenen Prävalenz ist Komorbidität unter den verbliebenen Rauchern erheblich verbreiteter als früher. Dieses ungünstigere Profil wäre dafür mitverantwortlich, dass in klinischen Studien die durchschnittliche Abstinenzquote der Kontrollgruppen zwischen 1989 und 2006 von etwa 16% auf unter 10% fiel. Die Konsequenz daraus: Es braucht besser ausgebildete Therapeuten und spezifischere Therapien. Mit den heute zur Verfügung stehenden medikamentösen Therapien gelingt es zwar in einem gewissen Umfang, die negativen Verstärkungsmuster zu behandeln (Dämpfung von Entzugssymptomen Rauchverlangen, negative Stimmung und innere Unruhe), aber die positiven Verstärkereffekte wie Stimulation oder Entspannung bleiben weitestgehend unbehandelt. Darin liege noch großes Potenzial für die Zukunft.

Der letzte Vormittag von Konferenzen wird traditionellerweise von manchen Kollegen für Freizeitaktivitäten genutzt. Wer aber die Vortragsreihe zu „Consensus to measure craving and withdrawal syndrome in a clinical setting“ dem Prado vorgezogen hat, wird dies nicht bereut haben. Insbesondere Saul Shiffman und Robert West bescherten den Anwesenden spannende und unterhaltsame Vorträge und Diskussionen. Für die klinische Praxis hat die Ermittlung der Schwere des Rauchverlangens nach Rauchstopp prognostische Bedeutung (stärkeres Rauchverlangen geht mit erhöhter Rückfallgefahr einher) und liefert Hinweise zur Adjustierung der Behandlungsintensität (z.B. dichtere Kontakte oder erhöhte Dosierung der medikamentösen Behandlung bei starkem Verlangen, Ausschleichen der Behandlung bei kaum noch messbarem Verlangen). Es existieren eine ganze Reihe von Instrumenten, um Entzug oder starkes Rauchverlangen zu erfassen: die Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS), die Shiffman craving scale (SCS) oder die Wisconsin Smoking Withdrawal Scale (WSWS).

Der „Questionnaire on Smoking Urges“ (QSU) umfasst selbst in seiner Kurzfassung 10 items, bringt aber in Bezug auf die Vorhersage von Abstinenz kaum einen Zusatznutzen im Vergleich zu einem einfachen Rating. Es reicht also für den in der Tabakentwöhnung Tätigen vollkommen aus, wenn das Raucherverlangen mit der Frage „Wie stark war heute das Verlangen nach Zigaretten?“ ermittelt wird.

Inhaltsverzeichnis:

Editorial	1
Fortbildungen für Fachberufe	1–2
Kongresse/Tagungen	2
Experten-Diskussionsforum	2–3
Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung	3–4

Dass sich die Bedingungen für Tabakentwöhnung in verschiedenen Ländern stark unterscheiden können, wird in einer Studie zur Wirksamkeit eines kognitiv-behavioralen Gruppenprogramms in China deutlich (1). Die Teilnehmer hatten im Schnitt erst mit 25 Jahren mit dem Rauchen begonnen, und nur etwa jeder fünfte Teilnehmer war der Meinung, dass Rauchen gesundheitsschädlich sei. Das Programm erbrachte nach 6 Monaten 28% kontinuierliche Abstinenz in der Behandlungsbedingung – vergleichbar mit Ergebnissen aus anderen Ländern –, während die Kontrollbedingung (Kurzintervention) nur 3% Abstinenzquote – deutlich weniger als in anderen Ländern – erzielen konnte und damit noch weit unter den von Fagerström genannten 10% lag.

In dieser Ausgabe des Newsletters sind Fortbildungsangebote und Veranstaltungshinweise enthalten. Im Diskussionsforum nimmt ein weiterer Experte aus dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) Stellung zum Stand des Nichtraucher-schutzes in Deutschland.

Daneben findet sich eine Zusammenfassung neuer Publikationen, in denen u.a. die Effektivität der Tabakentwöhnung im dentalen Setting und der Zusammenhang zwischen Gender und Tabakentwöhnung bei Allgemeinärzten untersucht wurden.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung

Ihr Redaktionsteam
Martina Pötschke-Langer, Peter Lindinger,
Anil Batra, Wilfried Kunstmann

(1) Zheng P, Guo F, Chen Y, Fu Y, Ye T, Fu H (2007)

A randomized controlled trial of group intervention based on social cognitive theory for smoking cessation in China. J Epidemiol.17(5):147–55.

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe

1. Heidelberger Curriculum Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung – Basiswissen und praktische Anleitungen. Empfohlen von der Bundesärztekammer für die Fachkunde Sucht-

medizin. Ärztinnen und Ärzte erhalten Fortbildungspunkte der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Termin: 19.10.2007, 14 – 18 Uhr. Infos unter www.tabakkontrolle.de; Anmeldung unter who-cc@dkfz.de

2. Kursleiterschulung für das „Neue Rauchfrei Programm“ des IFT und der BZgA durch das Institut für Therapieforschung München.

Termine: München, 25.10.–29.10. Berlin, 22.11.–26.11. Köln, 23.11.–27.11. Mainz. Infos unter <http://www.rauchfrei-programm.de/schulung.htm>; Anmeldung bei seidel@ift.de; Tel.: 089/360804-91, Fax: 089/ 360804-98

3. 20stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. Die Fortbildung vermittelt theoretische Grundlagen, Kenntnisse und Fertigkeiten in der Motivation und Behandlung von Rauchern. Teilnehmer werden ausführlich in die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Rauchern mit dem gemäß § 20 SGB V anerkannten Programm „Nichtraucher in 6 Wochen“ eingeführt und sollten allgemeine Erfahrung in der Suchttherapie mitbringen. Es gibt Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer.

Termine: 08.11.2007, 9.00 Uhr – 09.11.2007, 17.30 Uhr; 07.03.2008, 9.00 Uhr – 08.03.2008, 17.30 Uhr.

Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Oslanderstraße 24, 72076 Tübingen.

Anmeldung: WIT-WissensTransfer, Universitätsbund Tübingen, Wilhelmstraße 5, D-72074 Tübingen, Tel.: 07071/2976439, 2976872; Fax: 07071/295101; <http://www.wit.uni-tuebingen.de>

4. 2-tägige „Kursleiterschulung zur Durchführung von Tabakentwöhnung in Gruppentherapie“ des Institutes für Raucherberatung & Tabakentwöhnung Bayern (IRT Bayern). Teilnehmer qualifizieren sich für die Leitung von Kursen nach dem Entwöhnungsprogramm des IRT Bayern (6 Sitzungen innerhalb von 14 Tagen + 2 Stabilisierungssitzungen 3 und 6 Wochen nach Kursende). Die Kurse sind von allen gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. **Termin:** 07.–08.12.2007. Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089 / 68 999 511

Kongresse/Tagungen:

1. 16. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin. Thema: Forschungsergebnisse in der Suchtmedizin und therapeutische Konsequenzen. **Termin:** 02.–04.11.2007, Berlin. Anmeldung und Infos unter www.dgsuchtmedizin.de

2. Konferenz zu Rauchen und Gesundheit – 10. Nikotinkonferenz. **Termin:** 09.–10.11.2007, Gießen. Programm und Anmeldung unter www.air-raucherhilfe.net

3. 5. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle

Termin: 05.–06.12.2007, WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle, Heidelberg. Programm und Anmeldung unter www.tabakkontrolle.de

Experten-Diskussionsforum

Im Experten-Forum wird die aktuelle Diskussion um das Nichtraucherschutzgesetz vom Leitenden Arzt des Klinikums Wahrendorff und Akademischen Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover aufgegriffen. Die Redaktion

weist darauf hin, dass der Inhalt der namentlich gekennzeichneten Beiträge die Ansicht der Verfasser wiedergibt, die mit der Meinung der Redaktion nicht unbedingt übereinstimmt.

Dr. med. Greif Sander

für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)

Nach für die deutsche Politik ungewöhnlich kurzer Beratungszeit wurden in diesem Jahr föderalistisch unterschiedliche Nichtraucherschutzgesetze in Kraft gesetzt. Aus suchtmmedizinischer Sicht bedeutet das in mancherlei Hinsicht einen Quantensprung.

In den Jahrzehnten zuvor wurde die öffentliche Diskussion von der Tabaklobby beherrscht und mit Lügen manipuliert, was beispielsweise die Inhaltsstoffe der Zigaretten betrifft. Rauchen wurde dadurch als „Laster“, als „schlechte Angewohnheit“ oder sogar als „Genuss“ verharmlost. Die Tatsache, dass es sich beim Konsum von Nikotin allerdings um die Aufnahme eines potenten Suchtmittels und somit beim Rauchen um eine Abhängigkeitserkrankung handelt, wurde und wird durch diese Formulierungen zu Gunsten der wirtschaftlichen Erlöse der Industrie beschönigt. Der betroffene Nikotinabhängige kommt bei einer solchen öffentlichen Sichtweise unter die Räder, denn wer will sich schon professionelle Hilfe holen, lediglich, um ein „Laster“ loszuwerden.

Aus der Forschung der letzten Jahre wissen wir jedoch, dass die Substanz Nikotin nicht zu unterschätzen ist. Durch ihr Andocken an bestimmten Rezeptoren im Gehirn und ihren damit verursachten direkten Einfluss auf neuronale Transmittersysteme einschließlich des körpereigenen Belohnungssystems wird das positive Befinden des Konsumenten unmittelbar gefördert. Die Erfahrung, dass umgekehrt das Weglassen des Nikotins eben zu gegenteiligen Effekten wie Unwohlsein, Gereiztheit, Unruhe usw. führt, kennt jeder Raucher und lässt ihn in unendlicher Wiederholung erneut zum Suchtmittel greifen.

Etwas aber unterscheidet diesen Abhängigen von anderen Abhängigen. Das Suchtmittel ist in seiner üblichen Konsumform im Tabak verborgen, dessen unabwendbarer Mitkonsum Besonderheiten aufweist. Im Tabakrauch stecken eine Vielzahl höchst toxischer Stoffe, die einerseits beim Inhalieren als Selbstapplikationsform des Nikotinabhängigen tief in die eigene Lunge verbracht werden und die aber andererseits als Verbrennungsrauch in die Umwelt entlassen werden und dadurch die unmittelbar in der Nachbarschaft befindliche Personen zur unfreiwilligen Inkorporation, dem Passivrauchen, zwingen. Dem Raucher muss aufgrund der eigenen Entzugssymptomatik und dem folgenden zwanghaften erneuten Konsum von Nikotin/Tabakrauch die damit einhergehende Schädigung der ihn umgebenden Personen in der Regel weniger Wert sein als die Besserung der eigenen Befindlichkeit durch das Rauchen. Das war bislang Alltag, in der Kneipe, im Restaurant, im Krankenhaus, in öffentlichen Gebäuden, im Speisewagen der Bundesbahn und so weiter. Der Raucher forderte „Toleranz“ ein und erhielt damit bislang den Freiraum zum Ausstoß von höchst giftigen Abgasen in einer Freizügigkeit, die beispielsweise den Autofahrern, einem weiteren Goldenen Kalb des öffentlichen Bewusstseins, längst abgewöhnt wurden.

Hier nun ist der Gesetzgeber endlich tätig geworden und hat den Gesundheitsschutz gesetzlich verbessert. In einer rasanten Veränderung der öffentlichen Diskussion wurde die Gesetzgebung der Bundesländer zum Verbot des Rauchens in öffentlichen Räumen bis hin zu Gaststätten mitgetragen. Versuche, beispielsweise die Gaststätten von einer Nichtraucherschutzregelung auszunehmen, wie sie zunächst in Niedersachsen probiert wurden, scheiterten am öffentlichen Druck auf die Politik.

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin begrüßt die gesetzgeberischen Maßnahmen zum Nichtraucherschutz ausdrücklich.

Sie waren längst überfällig. Wir begrüßen weiterhin den Wandel des öffentlichen Bewusstseins in der Einschätzung des Tabakkonsums als angeblichen Genuss hin zu einer Wahrnehmung seiner gravierenden Gefährlichkeit auf den menschlichen Körper und zur Feststellung, dass Rauchen eine Abhängigkeits-erkrankung ist. Die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin setzt sich für die Unterstützung der Abhängigen und ihrer Behandler ein. Der Erkrankte muss im deutschen Gesundheitssystem Hilfe finden können ohne sich Sorgen machen zu müssen, ob er eine richtige, d. h., gesellschaftlich anerkannte Krankheit hat, derer er sich schämen müsste. Der Behandler muss in seinem Bemühen, diesen Kranken zu helfen, ausreichend ernst genommen und bezahlt werden. Die Kosten für die notwendigen Therapien müssen von den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen bezahlt werden. Die Forschung muss weiter vorangetrieben und öffentlich gefördert werden. Die Prävention, d. h., der Schutz vor dem Einstieg in die Sucht, ist eine gesellschaftliche Aufgabe, die vom Staat mehr als bisher zu übernehmen und zu fördern ist. Gleichzeitig ist die Stigmatisierung der Abhängigkeitskranken aufzulösen. Der Nikotinabhängige hat das Recht, als hilfebedürftiger Erkrankter gesehen zu werden und alle Unterstützung im Ausstieg aus der Suchtmittelabhängigkeit zu finden. Diskriminierungstendenzen, wie wir sie in Einzelfällen auch gegenüber Nikotinsten finden, nämlich den Suchkranken als solchen zu maßregeln und negativ zu bewerten und nicht nur sein Verhalten zu regeln, also zu beschränken, wo er schädigungsfrei rauchen darf, müssen unterbunden werden. Die Nichtraucherenschutz-Gesetzgebung ist ein Schritt in diese richtige Richtung.

Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung

a) CHEONG Y, YONG H-H, BORLAND R (2007). Does how you quit affect success? A comparison between abrupt and gradual methods using data from the International Tobacco Control Policy Evaluation Study. *Nicotine & Tobacco Research* Vol. 9 (8), 801–810.

Hintergrund

Der Weg zur Abstinenz kann nach einer schrittweisen Reduktion oder abrupt in einem Schritt erfolgen. Klinische Studien kommen zu dem Ergebnis, dass der abrupte Rauchstopp zu empfehlen ist, während in der klinischen Praxis oftmals jedoch beides empfohlen wird. Aufgrund des Fehlens aktueller Studien und des relativ geringen Wissens um die unterschiedlichen Wirkmechanismen beider Vorgehensweisen war das Ziel der vorliegenden Studie, Wirksamkeit und weitere Charakteristika der Reduktions- und der Schlusspunktmethode genauer zu untersuchen.

Methode

Im Rahmen der „ITC-4“ (International Tobacco Control Policy Evaluation 4-Country Survey) wurde in den USA, Großbritannien, Kanada und Australien eine telefonische Befragung von mehr als 8000 erwachsenen Rauchern zu drei Messzeitpunkten (2002, 2003, 2004) und einer Follow-up-Rate von 75% durchgeführt. Dabei wurde erfasst, wie viele Raucher mit einer der beiden Methoden aufgehört hatten und welche kurz- und langfristigen Abstinenzquoten mit den beiden Methoden erzielt wurden. Ferner wurden die Merkmale derjenigen Raucher untersucht, die mit der jeweiligen Methode erfolgreich abstinent geworden waren.

Ergebnisse

68,5% der Raucher, die zwischen den Erhebungszeitpunkten einen Rauchstoppversuch unternommen hatten, hatten dies abrupt versucht. Davon hatten beim ersten Follow-Up 22%, beim

zweiten Follow-Up 27% erfolgreich aufgehört. Im Vergleich dazu waren nur 12 bzw. 16% derjenigen abstinent, die die Reduktionsmethode gewählt hatten. Raucher, die abrupt mit dem Rauchen aufgehört hatten, waren eher 25–39 Jahre alt, männlich, starke Raucher und zeichneten sich durch eine geringer empfundene Abhängigkeit aus.

Motivationale Maße wie wahrgenommener Nutzen des Rauchstopps, Einstellung zum Rauchen und seinen gesundheitliche Konsequenzen sowie Selbstwirksamkeit waren nicht hingegen nicht bedeutsam. Unter Kontrolle der soziodemographischen Variablen und bekannter Prädiktoren für Abstinenz einschließlich des Gebrauchs von Nikotinersatztherapie ergab sich für jene Raucher, die abrupt mit dem Rauchen aufgehört hatten, eine nahezu doppelt so hohe Abstinenzwahrscheinlichkeit für einen Monat oder mehr (OR=1,95, $p < 0.001$).

Diskussion

Es zeigte sich ein konsistenter und bedeutsamer Unterschied in der Abstinenz in Abhängigkeit von der angewandten Methode: Ein abrupter Rauchstopp wird häufiger gewählt und ist effektiver, unabhängig davon, welche Methode bei früheren Versuchen benutzt worden war. Inwieweit dieser Unterschied an einer höheren Ausstiegsmotivation liegen könnte, ist unklar (s. dazu auch Newsletter Nr. 24, August 2007, S. 4). Eine zweite mögliche Erklärung bezieht sich auf einen direkten Effekt der Reduktionsmethode: Reduziert ein Raucher seinen Tageskonsum auf nunmehr wenige letzte Zigaretten, steigt die positive Bewertung dieser Zigaretten, was wiederum zu einer höheren Erwartungshaltung Zigaretten gegenüber führt und die Rückfallgefahr begünstigt. Limitierend bei der vorliegenden Studie ist die fehlende Randomisierung.

Wichtig für die Praxis

Die Empfehlung eines abrupten Rauchstopps ist sinnvoll, wenn der Ausstieg das Ziel ist; eine graduelle Reduktion scheint weniger wirksam zu sein, kann aber möglicherweise als Einleitung eines Rauchstopps fungieren, wenn der Rauchstopp nicht das primäre Veränderungsziel ist.

b) CARR AB, EBBERT J (2007). Interventions for tobacco cessation in the dental setting. A systematic review. *Community Dental Health* (24), 70–74.

Hintergrund

Neben den bekannten schädlichen Auswirkungen des Rauchens auf das Atmungs- und Herz-Kreislaufsystem wird der Konsum von Tabak auch mit Erkrankungen des Mundraums in Verbindung gebracht. Die zahnärztliche Praxis bietet günstige Voraussetzungen für eine Tabakentwöhnung, insbesondere, wenn Patienten mehrfach oder regelmäßig zur Behandlung kommen und wiederholt beraten werden können. Von einer flächendeckenden Akzeptanz von Interventionen zur Tabakentwöhnung kann jedoch bislang nicht die Rede sein.

Das Ziel dieses Reviews war es, die Wirksamkeit von Interventionen zur Tabakentwöhnung in der zahnärztlichen Praxis zu erfassen.

Methode

Elektronische Datenabfragesysteme und Datenbanken einschließlich der speziellen Register der „Cochrane Tobacco Addiction Group“ und der „Cochrane Oral Health Group“ wurden durchsucht. Einschlusskriterien waren randomisierte und pseudo-randomisierte klinische Untersuchungen, bei denen Tabakentwöhnungsmaßnahmen von Angehörigen der Zahngesundheitsberufe (Zahnärzte, Dentalhygieniker, zahnärztliche Assistenten, Praxismitarbeiter) im zahnärztlichen oder kommunalen

Herausgeber:

Deutsches Krebsforschungszentrum
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle
in Zusammenarbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und
Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer und dem
Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. Martina Pötschke-Langer

Redaktion:

Dr. Martina Pötschke-Langer, Dipl.-Psych. Peter Lindinger,
Prof. Dr. Anil Batra, Dr. Wilfried Kunstmann

Setting durchgeführt worden waren. Das jeweils rigoroseste Abstinenzkriterium (kontinuierliche Abstinenz, Abstinenz von allen Arten von Tabak, Intention to Treat-Analyse) mindestens sechs Monate nach der stattgefundenen Intervention wurde erfasst.

Ergebnisse

Sechs klinische Untersuchungen zur Wirksamkeit von Interventionen in der zahnärztlichen Praxis (N=3) oder einem schulischen/universitären Setting (N=3) erfüllten die Einschlusskriterien. Fünf Studien bezogen sich auf Konsumenten von rauchfreiem Tabak und eine Studie auf Zigarettenraucher. Die Intervention bestand jeweils in einer strukturierten Beratung zur Tabakentwöhnung; in einer Studie wurde zusätzlich Nikotinkaugummi mit eingesetzt.

Die Ergebnisse zeigten, dass spezielle Interventionen, die von Angehörigen der Zahngesundheitsberufe durchgeführt wurden, die Abstinenzquoten bei Konsumenten von rauchlosem Tabak im Vergleich zur Standardbehandlung oder keinem Kontakt signifikant erhöhten (OR 1,54; KI: 1,21–1,96). In der Studie mit Rauchern konnte kein positiver Effekt erzielt werden (OR 1,08; KI: 0,66–1,75).

Diskussion

Es existiert nur wenig veröffentlichte Literatur zur Wirksamkeit von Tabakentwöhnungsmaßnahmen durch Mitarbeiter der Zahngesundheitsberufe. Interventionen dieser Berufsgruppe bei Konsumenten von rauchlosem Tabak führen im Vergleich zur Standardbehandlung zu höheren Abstinenzquoten.

Wichtig für die Praxis

Unter www.dental-education.ch/smoking steht ein 32seitiges Manual „Rauchen: Intervention in der Zahnmedizinischen Praxis“ zum Download bereit.

c) O'LOUGHLIN J, MAKNI H, TREMBLAY M, KARP I (2007). Gender differences among general practitioners in cessation counselling practices. *Preventive Medicine* (2007), doi: 10.1016/j.ypmed.2007.06.005

Hintergrund

Die Tabakentwöhnungsberatung durch Ärzte ist eine der Schlüsselkomponenten im Kampf gegen die tabakbedingten Erkrankungen. Im Versorgungsalltag beschränkt sich diese Beratung bislang oftmals nur auf die Erfassung des Rauchstatus und die Empfehlung, das Rauchen aufzugeben, als auf konkrete Unterstützung wie das Aushändigen von Selbsthilfematerialien oder dem Verweis an spezialisierte Tabakentwöhnungseinrichtungen.

Zu den Variablen, die positiv mit einer günstigen Beratungspraxis in Verbindung stehen, gehören ein höheres Alter des Behandlers, die Einstellung zur Beratung und das Gefühl von Selbstwirksamkeit. Darüber hinaus scheinen sich Ärztinnen stärker an Behandlungsrichtlinien zu orientieren als Ärzte. In zahlreichen Studien wurde die positive Wirkung von Training für Ärzte sowohl auf deren Beratungspraxis als auch auf Einstellung und Selbstwirksamkeit berichtet. Unklar ist bislang, inwieweit Frauen

sich stärker als Männer an solchen Fortbildungsmaßnahmen beteiligen und anders darauf ansprechen.

Methode

Zwei voneinander unabhängige Zufallsstichproben von Allgemeinärzten (General Practitioners, „GPs“) in Montreal wurden 1998 und 2000 postalisch zu ihrem Beratungsverhalten befragt. Non-Responder wurden telefonisch kontaktiert.

Die Praxis der Tabakentwöhnungsberatung wurde in vier Skalen erfasst: Vollständigkeit der Beratung, Erfassung des Rauchstatus des Patienten, Beratung zum Rauchstopp und Bereitstellung von weitergehender Unterstützung beim Ausstieg.

Darüber hinaus wurde die Teilnahme an Trainingsseminaren und die Beschäftigung mit Printmedien zum Thema Ausstiegsberatung erfasst.

Ergebnisse

Insgesamt antworteten 653 Allgemeinärztinnen und -ärzte auf die Umfrage (71% von 916). Die Ergebnisse zur Beratungspraxis fielen bei den Frauen für alle untersuchten Variablen günstiger aus: Ein höherer Prozentsatz der Ärztinnen hatte an Fortbildungsmaßnahmen teilgenommen (27,6% vs. 17,3%, $p=0,002$) und hatten eher Kenntnisse über die zugesandten Printmaterialien (81% vs. 57% kannten mind. zwei, $p<0,0001$). Fortbildungsmaßnahmen bei den Männern standen in Zusammenhang mit höheren Werten für Erfassung des Rauchstatus (OR=1,69, KI=0,97–2,96), Beratung zum Rauchstopp (OR=2,20, KI=1,23–3,95) und der Bereitstellung von darüber hinaus gehender Unterstützung (OR=2,86, KI=1,58–5,16). Bei den Frauen fand sich kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Fortbildungsmaßnahmen und Beratungspraxis.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigten eine günstigere Beratungspraxis der Allgemeinärztinnen im Vergleich zu den Allgemeinärzten. Als mögliche Gründe hierfür sind eine stärkere Orientierung von Frauen an Prävention oder unterschiedliche Vorlieben in der Behandlungspraxis denkbar. Während Training zwar eine positive Auswirkung auf die Behandlungspraxis der Männer zu haben schien, zeigte sich bei Frauen kein vergleichbarer Effekt. Möglicherweise lernen Ärztinnen bereits aus den ihnen zugesandten Printmedien und setzen dieses Wissen in ihre Behandlungspraxis um. Möglicherweise liegt auch eine geschlechtsspezifische didaktische Präferenz vor. Eine Klärung dieser Fragen erscheint für die Verbesserung der Beratungspraxis der Ärzte und einer allfälligen Entwicklung geschlechtsspezifischer Fortbildungsmaßnahmen unabdingbar. Da selbst Minimalinterventionen in der allgemeinärztlichen Praxis einen eindeutig positiven Einfluss auf die Tabakentwöhnung haben, ist es wichtig, verstärktes Interesse vor allem von männlichen Ärzten an Fortbildungsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung zu wecken.

Wichtig für die Praxis

Mit dem Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer „Tabakentwöhnung durch Ärzte“ steht ein aktuelles und berufsspezifisches Fortbildungsangebot zur Verfügung, das voraussichtlich ab 2008 in verschiedenen Landesärztekammern umgesetzt werden wird.