



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

**Nr. 3
März
2005**

Editorial

Will sich die Tabakindustrie mittlerweile selber einer Tabakentwöhnung unterziehen? Das könnte man fast vermuten, wenn man der Homepage von Philip Morris einen Besuch abstattet und von der Internetadresse <http://www.philipmorrisusa.com/en/quitassist/downloads/quitassist.pdf> eine Broschüre mit dem Titel „If you decide to quit smoking...“ herunterlädt. Auf den ersten Blick scheint der Inhalt eine ganz passable Sammlung von Tipps, Erfahrungsberichten und hilfreichen Adressen darzustellen. Doch bei genauerer Betrachtung fällt auf, dass in der gesamten Broschüre nicht ein einziges Mal auf das Abhängigkeitspotenzial von Tabak hingewiesen wird! Aber wer wird sich schon zu einer Metzgerei begeben, wenn er ein vegetarisches Rezept sucht?

Was erwartet Sie in dieser Ausgabe des Newsletters? Auf Seite 4 dieser dritten Ausgabe des Newsletters eröffnen wir eine neue Reihe „Aus der Praxis für die Praxis“, in der von verschiedenen Institutionen, die sich in den letzten Jahren in der Tabakentwöhnung einen Namen gemacht haben, beispielhaft Modelle guter Praxis vorgestellt werden. Den Auftakt bildet die (Sucht-)Fachklinik Bad Tönisstein.

Im Mittelteil werden erste Zwischenergebnisse der WIRK-Studie vorgestellt, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wurde. Die dort berichteten Erfahrungen mit Tabakentwöhnung in Sucht- und Reha-Kliniken machen deutlich, dass es notwendig ist, die Tabakabhängigkeit stärker in das Behandlungsfeld zu integrieren und dazu auch Regeln zum Nichtrauchererschutz einzuführen.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für erfolgreiche Tabakentwöhnung

Ihr Redaktionsteam

Martina Pötschke-Langer
Peter Lindinger
Anil Batra
Wilfried Kunstmann

Neuigkeiten

Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle tritt in Kraft

München – Am Sonntag, dem 27. Februar 2005, trat die Internationale Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle (Framework Convention on Tobacco Control – FCTC) in Kraft. Auch Deutschland hat diese Konvention ratifiziert und sich verpflichtet, deren einzelne Bestimmungen in geltendes deutsches Recht umzusetzen. Das Aktionsbündnis Nichtraucher fordert von der deutschen Politik nun die zügige Umsetzung der Inhalte der FCTC in Form eines nationalen Tabakkontroll-Programms. „Bei jährlich fast 140.000 Todesfällen durch den Tabakkonsum

Inhaltsverzeichnis:

Neuigkeiten	1
Tabakentwöhnung in Rehakliniken – die WIRK-Studie	2–3
Schwerpunktthema:	
Aus der Praxis – für die Praxis	3–4

in Deutschland sind wirksame Regelungen durch den Gesetzgeber dringend geboten“, sagt Professor Dr. Friedrich Wiebel, Sprecher des AKTIONSBÜNDNIS NICHTRAUCHEN. „Wir müssen die Gesundheit der Menschen schützen. Der Gesundheitsschutz darf nicht aus Rücksichtnahme auf die Profitinteressen der deutschen Tabakwirtschaft vernachlässigt werden.“

Die Tabakrahmenkonvention enthält sowohl Vorschläge als auch rechtlich bindende Artikel zu Maßnahmen, welche den Tabakkonsum in den WHO-Mitgliedstaaten absenken und dem weltweit agierenden Tabakindustriekartell Einhalt gebieten. Die vorranglichen Aufgaben für das geforderte Tabakkontroll-Programm sind:

1. Die Schaffung eines Gesetzes zum Schutz der Bürgerinnen und Bürger vor dem Passivrauchen in öffentlichen Einrichtungen sowie in Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr einschließlich gastronomischer Betriebe bis 2006.
2. Die Umsetzung der 3. Tabaksteuererhöhung in geplantem Umfang bei gleichzeitiger Erhöhung der Feinschnitt-Besteuerung und einer verstärkten Bekämpfung des Tabakschmuggels.
3. Die Einführung eines umfassenden Tabakwerbeverbots bis spätestens 2007. Gemäß einer wissenschaftlichen Expertise des Staatsrechtlers Professor Dr. Helmut Siekmann ist ein derartiges Verbot verfassungskonform.
4. Die unverzügliche Novellierung des Jugendschutzgesetzes. Die Altersgrenze zur Abgabe von Tabakprodukten muss von 16 auf 18 Jahre angehoben werden. Die gleiche Altersgrenze sollte auch für das Rauchverbot in der Öffentlichkeit gelten.
5. Die Abschaffung aller Zigarettenautomaten bis spätestens 2008.

Diese Forderungen wurden als „Heidelberger Deklaration“ bei der 2. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle am 16. Dezember 2004 verabschiedet. Das AKTIONSBÜNDNIS NICHTRAUCHEN ist ein Bündnis namhafter Organisationen des Gesundheitswesens in Deutschland. 1992 wurde das AKTIONSBÜNDNIS unter dem Namen KOALITION GEGEN DAS RAUCHEN gegründet mit dem Ziel, Maßnahmen zur Eindämmung der Gesundheitsgefahr „Rauchen“ auf politischer Ebene anzulegen, zu fördern und zu begleiten.

Folgende Organisationen bilden das Steuerungsgremium des AKTIONSBÜNDNISSES: Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit, Bundesärztekammer, Bundesvereinigung für Gesundheit, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Deutsches Krebsforschungszentrum, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe und Deutsche Lungenstiftung.

Tabakentwöhnung in Rehakliniken – die WIRK-Studie

In der WIRK-Studie (Wirksamkeit intensiver Raucherentwöhnung in Kliniken) wurde die Zielgruppe der rauchenden Patienten in Allgemein-Rehabilitationskliniken mit einer tabakassoziierten Erkrankung sowie in Suchtrehabilitationskliniken mit einer Alkoholabhängigkeit untersucht. Insgesamt nahmen an der Studie 971 Rehabilitanden teil. In geschlossenen Gruppenkursen wurden je 6 bis 8 freiwillige Teilnehmer zwei unterschiedlichen, jeweils 7 Sitzungen umfassenden Behandlungsprogrammen zugewiesen: Einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen oder einem Motivationstraining. Die beiden Maßnahmen hatten folgende Inhalte:

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Training (KVT)	
0	Informationsveranstaltung, Einführung
1	Kennen lernen, beobachten: <ul style="list-style-type: none"> • Paarinterview • Positive Aspekte des Rauchens und des Aufhörens • Umgang mit Registrier- und Tageskarten
2	Beobachten, verändern: <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungsaustausch • Reduktionsschritte bestimmen • Sich belohnen • Verhaltensübungen • Erfolgskurve
3	Veränderung: <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungsaustausch • Reduktionsschritte und Stoptag festlegen • Zweifel am Erfolg • Hilfestellung geben
4	Veränderung, Stabilisierung: <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungsaustausch • Vorbereitung auf den Stopp-Tag • Brief an die letzte Zigarette
5	Stabilisierung: <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungsaustausch • Risikosituationen • Ausrutscher und Rückfall • Gleiches Ziel für alle
6	Stabilisierung, Abschied: <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungsaustausch • Jene, die ihr Ziel noch nicht erreicht haben • Stabil bleiben • Nachtreffen, Resümee, Abschied

Motivationstraining (MT)	
0	Informationsveranstaltung, Einführung
1	Kennen lernen, Vertrauen schaffen: <ul style="list-style-type: none"> • Gegenseitiges Vorstellen • Gruppenregeln • Wie andere mit mir über das Rauchen und das Aufhören reden
2	Problembewusstsein aufbauen: <ul style="list-style-type: none"> • Quiz über allgemeine Informationen zum Rauchen und Aufhören • Rückmeldung zum eigenen Rauchverhalten mit Hilfe der Fagerström-Auswertungen
3	Ambivalenz verstärken: <ul style="list-style-type: none"> • Stimmen für und gegen das Rauchen und das Aufhören • Meine Entscheidungswaage
4	Ambivalenz verstärken: <ul style="list-style-type: none"> • Gedanken über das Rauchen und das Aufhören identifizieren • Meine persönlichen hinderlichen Gedanken
5	In Richtung Veränderung unterstützen: <ul style="list-style-type: none"> • Hinderliche Gedanken in Lösungen verwandeln
6	Veränderungsstrategie vorbereiten: <ul style="list-style-type: none"> • Mein Aufhorrucksack: Verdeutlichung von Ressourcen zum Aufhören • Phantasiereise: Meine Bergtour auf den Nichtraucher-Gipfel • Zielexplicitation

Zusätzlich wurde bei einer Teilstichprobe untersucht, welchen Effekt eine telefonische Weiterbetreuung hat. Innerhalb von 10 Wochen nach Klinikentlassung wurden 5 proaktive, etwa 10minütige Telefonate geführt.

Die drop-out-Rate war in der Bedingung KVT mit 18,7% höher als in der MT-Bedingung (10%, $p < .05$). Insgesamt fand sich eine hohe Akzeptanz beider Programme, wobei das KVT etwas positiver beurteilt wurde. Die beiden Interventionen unterschieden sich jedoch nicht in ihrer mittelfristigen Effektivität (s. Abb. 1)

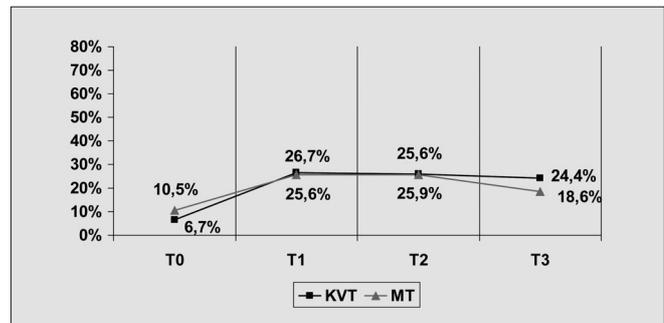


Abb. 1: Abstinenzquoten in allen Kliniken zu den Messzeitpunkten T0: vor der Intervention, T1 nach der letzten Kursstunde, T2 nach 3 Monaten, T3 nach 6 Monaten (N = 971)

Bei den Teilnehmern aus den Suchtrehabilitationskliniken waren die Abstinenzquoten zu allen Zeitpunkten deutlich geringer:

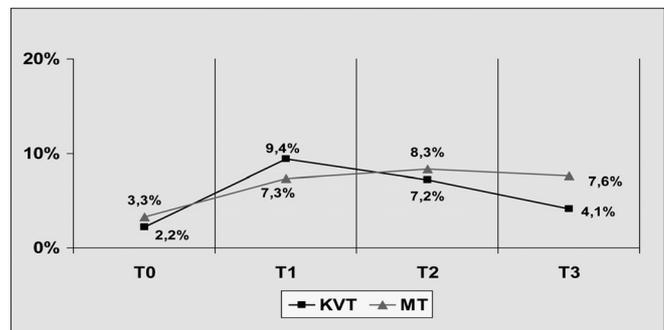


Abb. 2: Abstinenzquoten in Suchtrehabilitationskliniken (N = 663)

Die telefonische Weiterbetreuung erwies sich als sehr wirksame Strategie: Nach 3 und 6 Monaten ließen sich deutliche signifikante Veränderungen der Abstinenzraten feststellen (OR 3.33, CI 1.93 – 5.74 nach 3 Monaten, OR 2.20, CI 1.25 – 3.89 nach 6 Monaten, s. Abb. 3)

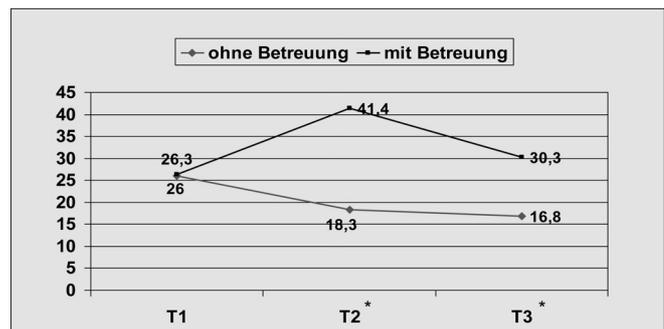


Abb. 3: Einfluss der telefonischen Nachbetreuung (N = 307)

Allerdings waren es in stärkerem Maße Männer, die nach 6 Monaten von den telefonischen Booster-Sessions profitieren konnten (Frauen n.s.; Männer: OR 2.69, CI 1.30 – 5.58, s. Abb. 4).

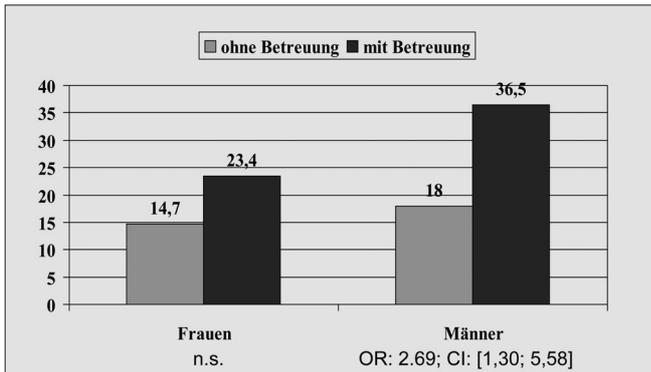


Abb. 4: Abstinenzquoten nach 6 Monaten nach Geschlecht und Nachbetreuung (N = 307)

Schließlich wurde untersucht, welchen Einfluss eine medikamentöse Unterstützung mit Nikotinersatztherapie (NRT) auf die Erfolgsaussichten dieser Klienten hatte. Insgesamt ist der Gebrauch von NRT in den Rehabilitationskliniken gering; nur 17% der Teilnehmer der WIRK-Studie benutzten NRT. Es gibt jedoch eine hohe Varianz zwischen den Kliniken.

Die Einstellung gegenüber der Nikotinersatztherapie war überwiegend negativ. 70% der Befragten fanden Nikotinersatzpräparate weniger gut oder schlecht (s. Abb. 5). Offensichtlich erfolgte keine Beratung hinsichtlich der Wirksamkeit von Nikotinsubstitution durch die Therapeuten.

Die Abstinenzraten, aber auch die Rückfallraten, waren in der Gruppe der NRT-Benutzer höher. Die Unterschiede waren unmittelbar nach der Behandlung und drei Monate später signifikant, aber nicht mehr nach sechs Monaten (s. Abb.6).

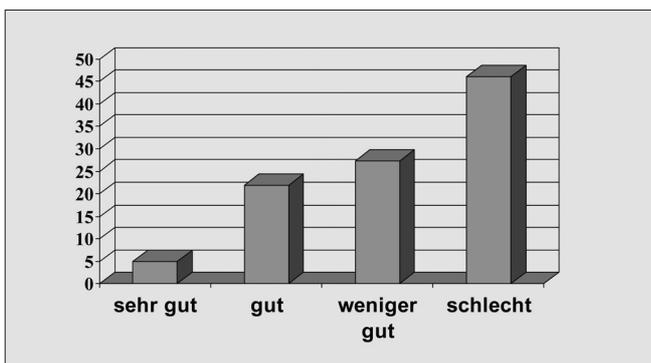


Abb. 5: Antwort auf die Frage, was Patienten von NRT halten (N = 261)

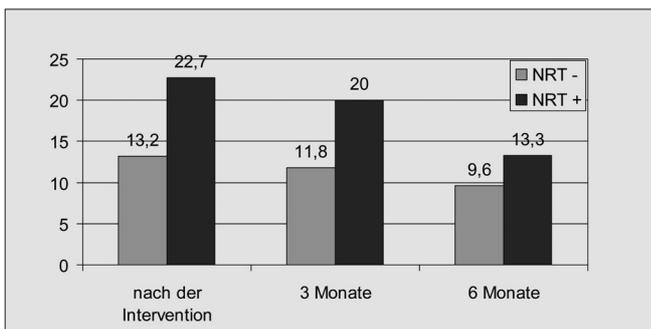


Abb. 6: Abstinenzquoten in Abhängigkeit der Verwendung von NRT (N = 435)

In Interviews mit Klinikmitarbeitern wurde der Frage nachgegangen, welchen Einfluss die Rahmenbedingungen einer Suchtreha-Klinik auf die Tabakentwöhnung haben. Danach sind die Tabakentwöhnungsprogramme hier nicht in demselben Maße erfolgreich wie in anderen Kliniken, weil

- die Tabakentwöhnung bislang keinen angemessenen Stellenwert in der Klinik besitzt
- es keine angemessene Unterstützung von Seiten der Mitarbeiter gibt (diese selbst rauchen oder bezüglich Tabakentwöhnung nicht motiviert sind)
- die Therapeuten selbst nicht von der Sinnhaftigkeit der Tabakentwöhnung überzeugt, sondern sehr skeptisch bezüglich des Therapieerfolgs sind.

In einer Anschlussstudie soll deshalb untersucht werden, inwieweit durch eine angemessenere Tabakkontrollpolitik und verbesserte Fortbildung von Ärzten und Pflegekräften eine Verbesserung der Inanspruchnahme und der Effektivität von Tabakentwöhnungsmaßnahmen in Suchtrehabilitationskliniken zu erzielen ist.

Literatur:

Kröger, C., Metz, K. & Bühler, A. (2004) Tabakentwöhnung bei Patienten in Rehabilitationskliniken. Suchtmedizin, 6, 61–66

Kröger, C., Metz, K. & Bühler, A. Heppekausen K (2004) Nicotine replacement therapy in German rehabilitation centers. Poster präsentiert auf der 6. Annual Conference of the SRNT Europe, Tübingen, 6.–9. Oktober 2004

Kröger, C (2004) Tabakentwöhnung im stationären Setting – Strategien und Effekte. Ergebnisse des WIRK Projekts. Vortrag gehalten auf der 2. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle, Heidelberg, 15.–16. Dezember 2004

Metz K, Kröger C, Schulz F, Heppekausen K (2004) Smoking Cessation in Rehabilitation Centres for Alcoholics: Comparing a Motivational and a Skill Training Program. Poster präsentiert auf der 6. Annual Conference of the SRNT Europe, Tübingen, 6.–9. Oktober 2004

SCHWERPUNKTTHEMA:

Aus der Praxis – für die Praxis

(Die Beschreibung des folgenden Tabakentwöhnungsangebots stammt von den Anbietern selbst)

Raucherentwöhnung in der Rehabilitation Alkoholabhängiger – Fachklinik Bad Tönisstein

Ansprechpartner und Adresse
Dr. Dipl.-Psych. Bernd Schneider, Dr. Martin Wallroth,
Fachklinik Bad Tönisstein,
56626 Andernach, 02636 – 57115,
Bschneid@AHG.de, Mwallroth@AHG.de

Die Fachklinik Bad Tönisstein ist eine Einrichtung zur Alkoholentwöhnung und bietet seit 31 Jahren eine spezielle und bundesweit einmalige Kurzzeitherapie mit 8wöchiger Dauer an. Grundlage der Behandlung ist eine verhaltenstherapeutische Konzeption.

Rahmenbedingungen

Zwischen Tabakabhängigkeit und Alkoholabhängigkeit besteht eine sehr hohe Komorbidität, die bedingt, dass 70% und mehr

Herausgeber:
Deutsches Krebsforschungszentrum
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle in Zusammen-
arbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und Gesundheits-
förderung 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,
PD Dr. Anil Batra, Dr. Wilfried Kunstmann

der alkoholabhängigen Patienten auch tabakabhängig sind. Dazu kommt, dass Patienten beide stoffgebundene Abhängigkeiten sehr ähnlich erleben und beide Abhängigkeiten sich gegenseitig bedingen und aufrechterhalten.

Maßnahmen

Aus den genannten Gründen hat die Fachklinik Bad Tönisstein die Raucherentwöhnung innerhalb der Alkoholentwöhnung zum zentralen Behandlungsfokus gemacht. Dies hat dazu geführt, dass erstens ein Einstellungswechsel auf Seiten der Behandler und eine restriktivere Regelung des Rauchverhaltens herbeigeführt wurden und zweitens für alle tabakabhängigen Patienten verbindliche Raucherentwöhnungsprogramme entwickelt werden konnten.

Grundlage der Maßnahme ist eine differenzierte Tabakanamnese und die daraus abzuleitende Diagnose Tabakabhängigkeit bzw. schädlicher Gebrauch. Dieses an sich selbstverständliche Vorgehen wird bislang in der Versorgung Alkoholabhängiger nicht ausreichend berücksichtigt. So sind nur knapp 10 % der Patienten bei Reha-Beginn als tabakabhängig vordiagnostiziert, obwohl diese Diagnose auf über 70 % der Patienten zutrifft. Nach Anamnese und Diagnosestellung werden Patienten mit zwei unterschiedlichen Programmen behandelt:

Programm 1 richtet sich an Patienten, die weder zur Reduktion noch zum Nikotinstopp bereit sind. Auf motivationspsychologischer Basis und mit den Methoden der Motivierenden Gesprächsführung werden diese zunächst auf eine Einstellungs- und Verhaltensänderung vorbereitet.

Programm 2 ist ein verhaltenstherapeutisch aufgebautes Nichtrauchertraining, das bei Patienten verordnet wird, die zu Beginn der Rehabilitation ihren Tabakkonsum reduzieren oder sogar einstellen wollen. Beide Programme werden einmal wöchentlich als integrierter Bestandteil der Kurzzeitentwöhnungsbehandlung angeboten. Die Indikation zur Tabakentwöhnung ist Teil der Rehabilitationszielplanung und unterliegt als solcher auch der fortlaufenden Ergebnisevaluation.

Die Gruppen bestehen in der Regel aus bis zu 12 Patienten und werden als geschlossene Gruppen durchgeführt. Die Nikotinabhängigkeitsgruppe (Programm 1) umfasst drei Termine und das Raucherentwöhnungsprogramm vier Termine. Die Inhalte sind in einem Manual zusammengefasst, Kursleiter sind entsprechend geschulte Dipl.-Psychologen und Ärzte.

Evaluation der Fachklinik Bad Tönisstein

39 % der befragten 840 tabakabhängigen Patienten geben zu Beginn der Rehabilitation an, ihren Tabakkonsum reduzieren oder einstellen zu wollen. Bezogen auf alle tabakabhängigen Patienten erreichen am Ende der Rehabilitation 7 % einen Rauchstopp und bei 50 % gelingt eine Reduktion um mindestens 10 % (vgl. Abb. 7).

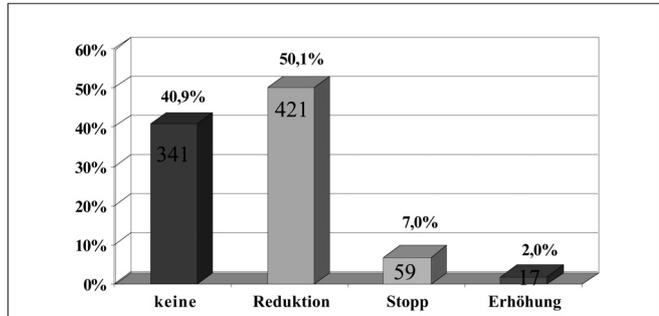


Abb. 7: Veränderung des Rauchverhaltens am Ende der Reha-Maßnahme (N= 840)

Bemerkenswert ist, dass selbst aus der Gruppe der Patienten, die zu Beginn der Rehabilitation keine Veränderungsmotivation angeben, 38,8 % ihr Konsumverhalten reduzieren und 3,2 % ganz einstellen.

Wichtig für die Raucherentwöhnung im Kontext einer Alkoholentwöhnungsbehandlung ist der katamnestiche Befund ein Jahr nach der Rehabilitation, wonach Nichtraucher prozentual höhere Alkoholabstinenzquoten als Raucher erreichen (vgl. Abb. 8). Dieser auf 287 Patienten bezogene Befund bedarf noch weiterer Differenzierung dahingehend, dass Patienten gesondert ausgewiesen werden, die während der Behandlung ihr Rauchen eingestellt haben. Eine Publikation ist in Vorbereitung.

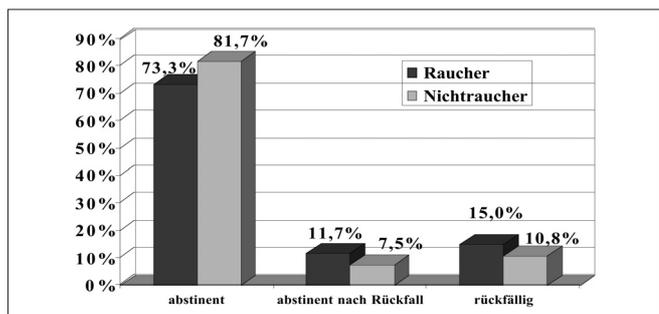


Abb. 8: Alkoholabstinenz 12 Monate nach der Reha-Maßnahme in Abhängigkeit vom Rauchstatus (N=287)

Zusammenfassung

Tabakentwöhnung im Rahmen der Alkoholentwöhnung ist ein notwendiger Behandlungsbaustein in einem schwierigen Umfeld. Als Ressource erweist sich, dass Patienten ihr Know how aus dem Bereich der Alkoholentwöhnung auch auf die Tabakentwöhnung übertragen können. Ausgehend von dieser Erkenntnis müssen Raucherentwöhnungsprogramme für die spezielle Patientengruppe der Alkoholabhängigen in dem besonderen Kontext der Alkoholentwöhnung differenziert und weiter entwickelt werden. Es hat sich gezeigt, dass Nichtraucher haben auch 12 Monate nach der Reha-Maßnahme deutlich bessere Erfolge in der Alkoholentwöhnung aufweisen als Raucher.