



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

**Nr. 17  
September  
2006**

### Editorial

Die Sterblichkeit von Rauchern in den mittleren Jahren ist bei beiden Geschlechtern um das Dreifache erhöht. Von den lebenslangen Rauchern sterben 50% an den Folgen ihres Tabakkonsums. Zwischen 1950 und 2000 starben in Deutschland auf diese Weise 4,8 Millionen Menschen; 2,6 Millionen dieser Tabaktoten traf es bereits in den mittleren Lebensjahren. Diese haben damit gegenüber einem Nichtraucher im Schnitt 22 Jahre ihres Lebens verloren haben ([www.deathsfrosmoking.net](http://www.deathsfrosmoking.net)). Glücklicherweise existiert jedoch ein äußerst wirksames Gegenmittel: Eine Tabakabstinenz kann auch ab den mittleren Jahren einen Großteil des höheren Sterblichkeitsrisikos vermeiden, wenn noch keine der fatalen Folgeschäden aufgetreten sind!

Die Probleme mit dem Tabakkonsum beginnen kurz nach dem ersten Zug an einer Zigarette. Ging man lange Zeit davon aus, dass es eines jahrelangen täglichen Konsums bedarf, um abhängig zu werden, muss diese Einschätzung inzwischen korrigiert werden: Erste Symptome einer Abhängigkeit zeigen sich schon kurze Zeit nach dem ersten Zug! Das fanden kanadische Wissenschaftler heraus, die rund 1300 Jugendliche über fünf Jahre prospektiv begleitet hatten (GERVAIS A, O'LOUGHLIN J, MESHEFEJIAN G, BANCEIJ C, TREMBLAY M (2006) Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescents. Canadian Medical Association Journal, 175(3) 255 – 261). Nach Gervais et al. lässt sich eine zeitliche Abfolge von 12 „Meilensteinen“ auf dem Weg in die Tabakabhängigkeit beschreiben. Kurz nach dem ersten „Paffen“ wird inhaliert, und bereits 2,5 Monate nach dem ersten Paffen finden sich Anzeichen mentaler Abhängigkeit. Nach etwa fünf Monaten werden das suchttypische „craving“ und eine körperliche Abhängigkeit beobachtet. Entzugssymptome traten bereits 11 Monate nach dem ersten Paffen auf, wohingegen tägliches Rauchen erst etwa 2 Jahre später erfolgte.

Mit diesem Modell der 12 „Meilensteine“ konnte verdeutlicht werden, dass die Jugendlichen schon Symptome der Tabakabhängigkeit aufweisen, lange bevor sie regelmäßig rauchen. Für die therapeutischen Intervention ergibt sich daraus, dass die Behandlung dieser Altersgruppe auch ein Abhängigkeits- bzw. Entzugsmanagement beinhalten sollte. Es wäre zu wünschen, dass Kinder und Jugendliche gar nicht erst zu rauchen beginnen - weltweit fangen aber jährlich 30 Millionen meist junge Menschen mit dem Rauchen an. Wie der berühmte Epidemiologe Sir Richard Peto auf der 13. Weltkonferenz Tabak oder Gesundheit erläuterte, kann die gegenwärtige Übersterblichkeit von Rauchern nicht dadurch vermieden werden, dass lediglich der Einstieg verhindert wird. Nach Peto hätte eine Verminderung der Einstiegs-

### Inhaltsverzeichnis:

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

rate bei Jugendlichen keinen Einfluss auf die gegenwärtige Übersterblichkeit. Dies würde sich erst in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts auf die Anzahl der Tabaktoten auswirken! Nur ein zahlenmäßig umfassender Ausstieg der derzeitigen Raucher kann Hunderte von Millionen Tabaktote in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts verhindern!

In den News finden Sie einen kurzen Rückblick auf einige Highlights der 13. Weltkonferenz Tabak oder Gesundheit zur Tabakentwöhnung. Dann wird eine kürzlich für das Bundesministerium für Gesundheit erstellte Expertise zu Behandlungsstrategien bei jugendlichen Rauchern vorgestellt.

Zudem besprechen wir für Sie einen aktuellen wissenschaftlichen Artikel: Eine Forschergruppe aus New Jersey hat überprüft, inwieweit Ärzte Leitlinienempfehlungen zur Identifikation und Behandlung von Rauchern tatsächlich umsetzen.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für erfolgreiche Tabakentwöhnung

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

### Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe

1. Heidelberger Curriculum Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung – Basiswissen und praktische Anleitungen. Empfohlen von der Bundesärztekammer für die Fachkunde Suchtmedizin. Ärztinnen und Ärzte erhalten 5 Fortbildungspunkte der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Termine: 6. Oktober 2006 und 24. November 2006 (jeweils freitags 14–18 Uhr). Der Termin 24. November 2006 ist nur für Ärztinnen und Ärzte vorgesehen. Infos unter [www.tabakkontrolle.de](http://www.tabakkontrolle.de); Anmeldung unter [who-cc@dkfz.de](mailto:who-cc@dkfz.de)

2. Kursleiterschulung für das Gruppenprogramm „Eine Chance für Raucher – rauchfrei in 10 Schritten“ durch das Institut für Therapieforchung München. Termine für 2006: 16.09. – 17.09.2006 Freiburg, 20.11. – 24.11.2006 München (Freiburg: verkürztes Seminar nur für Personen mit verhaltenstherapeutischen Kenntnissen im Rahmen der Verhaltenstherapiewochen des IFT)  
Infos unter <http://www.vtausbildung.de/praevention/10schritte.htm>; Anmeldung bei [seidel@ift.de](mailto:seidel@ift.de);  
Tel.: 089/360804-81, Fax: 089/360804-69

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.

Die 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.

Teilnehmer am „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“ sollten allgemeine Erfahrung in der Suchttherapie mitbringen und erhalten 24 Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

Termin: Freitag, 03.11.2006, 9.00–18.30 Uhr,

Samstag, 04.11.2006, 8.30–17.15 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:

WiT-WissensTransfer, Universitätsbund Tübingen, Wilhelmstraße 5, D-72074 Tübingen

Tel. 07071 / 29-76439, 29-76872; Fax 295101

<http://www.wit.uni-tuebingen.de>

4. Eintägiges Praxisseminar des Institutes für Raucherberatung & Tabakentwöhnung Bayern (IRT Bayern) in der „Praxis der Raucherberatung und Tabakentwöhnung“. Teilnehmer erwerben praktische und theoretische Kenntnisse zur Durchführung von Raucherberatung und Tabakentwöhnung im Einzelsetting. Die Seminare sind vom WAT zertifiziert und werden von der BLÄK mit Fortbildungspunkten bewertet. Termin: 14. Oktober 2006. 2-tägige Fortbildung des Institutes für Raucherberatung & Tabakentwöhnung Bayern (IRT Bayern) „Kursleiterschulung zur Durchführung von Tabakentwöhnung in Gruppentherapie“. 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: Freitag 29. und Samstag 30. September 2006

Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16a, 81539 München.

Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089 / 68 999 511

#### Kongresse/Tagungen:

1. Im Rahmen der 11. Nationalen Konferenz des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser findet vom 20. – 22. September 2006 in Unna die 1. Konferenz Rauchfreier Krankenhäuser in Deutschland statt.  
Infos unter <http://www.dnrkf.de/?page=213-0-0-0-2-1-8>

2. 8. Jahreskonferenz der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) Europe. 23.–26. 09. 2006, Kusadasi,

Türkei. Konferenzmotto: „The Biology of Tobacco Dependence: From the Laboratory to the Smoker“. Programm und Anmeldung unter <http://www.srnt2006eu.org/>

3. 11.Tübinger Suchttherapietage (mit 20stündigem WAT-Curriculum Tabakentwöhnung) Termin: 27.–29. September 2005, Anmeldung bei Tübinger Suchttherapietage, Osianderstr. 24, 72076 Tübingen, Tel. 07071 / 2980922, Fax: 07071 / 295384 oder [sucht@med.uni-tuebingen.de](mailto:sucht@med.uni-tuebingen.de)

4. Bitte vormerken: 06.12.–07.12.2006

4. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle

WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle, Heidelberg.

Infos unter [www.tabakkontrolle.de](http://www.tabakkontrolle.de)

---

#### News: Impulse zur Tabakentwöhnung von der Weltkonferenz „Tabak oder Gesundheit“

Vom 12. bis zum 15. Juli 2006 fand in Washington, der Hauptstadt der USA, die 13. Weltkonferenz Tabak oder Gesundheit statt. Knapp 5000 Wissenschaftler aus 139 Ländern widmeten sich den unterschiedlichsten Aspekten des Problems Tabak. Im Folgenden einige der interessantesten Konferenzbeiträge zur Tabakentwöhnung :

a) Eine Forschergruppe aus Kanada unter Federführung von Paul McDonald hat ein Modell zur Auswahl und Zuordnung von Rauchern für unterschiedlich intensive Behandlungsformen („trriage“) vorgestellt. Die Zuweisung erfolgt nach der Beantwortung von nur acht Fragen:

Zunächst wird nach dem Wunsch nach Unterstützung für einen Rauchstopp innerhalb des nächsten Monats gefragt. Wer „absolut nicht“ angibt, erhält eine kurze motivierende Beratung. Mit der zweiten Frage wird Komorbidität (Schizophrenie, Depression, andere Abhängigkeitserkrankungen) erfasst. Bei Vorliegen einer solchen Komorbidität sollte eine spezielle und intensive Ausstiegsberatung mit medikamentöser Unterstützung angeboten werden. Sodann wird der durchschnittliche Tageskonsum ermittelt. Ab 15 oder mehr Zigaretten empfiehlt sich eine kürzere Beratung (< 60 min) und zusätzlich medikamentöse Unterstützung. Bei einem geringeren Tageskonsum wird weiter differenziert: Wer zuversichtlich ist, es zu schaffen, Unterstützung von mindestens einer Person im sozialen Umfeld erhält und seine derzeitige Lebenssituation als wenig belastend einstuft, dem kann eine Selbsthilfemaßnahmen ohne medikamentöse Komponente (Broschüre, Internet) empfohlen werden. Bei weniger günstigen Voraussetzungen sollte eine Beratung (< 60 min) angeboten werden. Schließlich wird erfragt, ob die zugewiesene Behandlungsform bereits genutzt wurde und wenn ja, ob man glaube, erneut davon profitieren zu können. Wenn der Raucher nicht daran glaubt, ein weiteres Mal zu profitieren, wird die nächst intensivere Behandlung empfohlen.

Dieses Zuweisungsmodell hat sich in der Praxis bereits bewährt. 1486 Teilnehmer einer randomisierten Kontrollgruppenstudie wurden entweder nach der Beantwortung der acht Fragen den entsprechenden Behandlungsformen zugewiesen („Triage-Bedingung“) oder hatten die Möglichkeit, sich selbst für bestimmte Behandlungen zu entscheiden (Kontrollgruppe). In der Triage-Bedingung wurden 19% der Selbsthilfe, 12% einer kürzeren Beratung, 56% der kürzeren Beratung plus Nikotinersatztherapie und lediglich 13 % der Intensivberatung plus Nikotinersatztherapie zuge-

wiesen. Bei der 7-Monats-Nachbefragung wurden innerhalb der Triage-Bedingung zwischen den verschiedenen Intensitätsstufen keine Unterschiede bezüglich Abstinenzquote und Zufriedenheit mit der Behandlung festgestellt. In der freien Wahl-Bedingung gab es deutliche Vorlieben für (kosten-) intensive Einzel- oder Gruppenbehandlungen (37%) und alternative Therapien ohne Wirksamkeitsnachweise (31%).

Die Abstinenzquote nach 7 Monaten betrug 8,7% in der Triage- und 7,7% in der freien Wahl-Bedingung, wobei unabhängig vom Rauchstatus die Zufriedenheit der Teilnehmer in der Triage-Bedingung höher war. McDonald und Kollegen folgern daraus, dass Raucher mit einem recht simplen Tool einer Behandlungsform zugewiesen werden können, die kosteneffektiver ist, ohne die Erfolgsquote und Nutzerzufriedenheit zu beeinträchtigen.

MCDONALD P, SHAFER L, SMITH P, BEGLEY L, FILSINGER S, AHMED R, GREY M (2006) Does triage improve cessation outcomes relative to self selection of treatment? Results of a randomized trial. Paper presented on July 14 2006

b) Am 14 Juli fand ein Plenum zum Thema

„Motivating and Helping People to Quit: Individual and Population Approaches“ statt. Der erste Redner war Robert West, der in seinem Vortrag „Behavioural and pharmacological approaches to treating smokers: the state of the art“ eine bemerkenswerte Formulierung benutzte, um das Behandlungsziel zu beschreiben: „Den Impuls zu rauchen solange geringer zu halten als die Motivation, dem Rauchverlangen zu widerstehen, bis sich das motivationale System wieder erholt hat“. Um dies zu erreichen, sollte zum einen die Frequenz und Intensität der Motivation zu rauchen minimiert, zum anderen die Schwelle, tatsächlich zur Zigarette zu greifen, erhöht werden. Ersteres lässt sich u. a. durch die Verringerung von Auslösereizen, ungünstigen Stimmungslagen oder körperlichen Symptomen und einem Infragestellen von förderlichen Einstellungen zum Rauchen erreichen. Um die Hemmschwelle zu erhöhen, könne beispielsweise der soziale Druck, nicht zu rauchen, und negative Gefühle in Bezug auf Rauchen maximiert werden. Gleichzeitig sei dazu der Aufbau einer Identität als Nichtraucher und Verhaltensalternativen hilfreich.

Die Zukunft der Tabakentwöhnung sieht West so:

- effektivere Nutzung verfügbarer Behandlung
  - Kombination von Behandlungen
  - Behandlung vor dem Rauchstopp
  - bei Bedarf längere Anwendung
  - breiterer und erleichterter Zugang
- Bessere Behandlung
  - neue Medikamente
  - billigere Medikamente
  - umfassendere verhaltenstherapeutische Behandlung
- realistisches Ziel:
  - 25% der Ausstiegsversuche, die gescheitert wären, verlaufen für mindestens 6 Monate erfolgreich

Shu-Hong Zhu, Psychologie-Professor an der University of California in San Diego und Gründer der California Smokers Helpline, sprach im selben Plenum über „Increasing

Cessation in the Population: Quit Attempts vs. Successful Quit Attempts“. Eine seiner Kernaussagen war, dass eine Zunahme von Ausstiegsversuchen die jährliche Ausstiegsrate (definiert als das Produkt von Ausstiegsversuchen und Erfolgsrate) in einer Population stärker beeinflusst als eine Steigerung der Erfolgsrate dieser Ausstiegsversuche.

Die Steigerung der Erfolgsrate kann durch eine erhöhte Inanspruchnahme von behavioralen und medikamentösen Ausstiegshilfen erzielt werden. Es gebe gerade in Bezug auf die Rate der Ausstiegsversuche noch großen Nachholbedarf, und zwar sowohl in Populationen mit einer geringen Versuchsrate (wie beispielsweise in China) als auch in Populationen mit hohen Versuchsrate (wie in den USA). Tabakentwöhnungskampagnen sollten immer auch darauf abzielen, Ausstiegsversuche anzuregen, wobei darauf zu achten ist, keine Botschaft im Sinne von „ohne Behandlung ist es nicht zu schaffen“ zu vermitteln. Die beste Promotion für Entwöhnungsbehandlung sei diejenige, die darauf abziele, Rauchern Entschuldigungen und Ausreden dafür zu nehmen, es nicht zumindest zu versuchen. Gerade für Länder ohne große wirtschaftliche Ressourcen empfehlen sich dazu Steuererhöhungen, Restriktionen und massenmediale Kampagnen.

---

## Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung

a) Bundesministerium für Gesundheit (2006) Expertise: Aktuelle Bestandsaufnahme zur Tabakentwöhnung bei jugendlichen Raucherinnen und Rauchern.

[http://www.bmg.bund.de/cln\\_041/nn\\_604822/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Tabak-Alkohol/Expertise-jugendliche,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Expertise-jugendliche.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_604822/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Tabak-Alkohol/Expertise-jugendliche,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Expertise-jugendliche.pdf)

### Hintergrund

Obwohl rauchende Jugendliche als wichtige Zielgruppe für die Tabakentwöhnung betrachtet werden, liegen bislang noch keine überzeugenden spezifischen Behandlungsstrategien vor. Der internationale Stand der Forschung und aktuelle Entwöhnungsangebote in Deutschland werden in einer vor kurzem von Peter Lindinger für das Bundesministerium für Gesundheit erstellten Expertise vorgestellt.

### Methode

Zehn nationale Tabakentwöhnungsangebote wurden identifiziert und telefonisch zu ihren wesentlichen Inhalten befragt. Zusätzlich wurden zwei wirksamkeitsgeprüfte Behandlungsmaßnahmen aus dem angelsächsischen Raum vorgestellt.

Da keine wissenschaftlichen Publikationen zu den Programmen vorlagen, wurden im Februar und März 2006 Telefon-Interviews durchgeführt. Dabei wurde nach dem theoretischen Hintergrund des Programms und der erforderlichen beruflichen Qualifikation und Erfahrung von Kursleitern gefragt. Gruppengröße sowie absolute Kurszeit und Kursdauer von der ersten bis zur letzten Kursstunde wurden ebenso erfasst wie die Art und Intensität der Nachbetreuung. Zudem wurde das Interaktivitätsmaß und die Gewichtung von Abstinenzvorbereitung vs. Abstinenzstabilisierung sowie die wichtigsten Elemente und Wirkfaktoren aufgezeichnet. Daneben wurden evaluationsrelevante Anamnese- bzw. Katamnese- Daten sowie Kom-

munikationsmaßnahmen und die Nachfrage im Jahr 2005 beschrieben.

### Ergebnisse

Die beschriebenen Gruppen-Programme sind sämtlich verhaltenstherapeutisch ausgerichtet, interaktiv und abstinenzorientiert. Die Gruppengröße variiert zwischen drei und 16 Teilnehmenden, die Kontaktzeit zwischen vier und 16 Stunden. Die Zeitspanne vom ersten bis zum letzten Kontakt innerhalb des Kurses reicht von einem verlängerten Wochenende bis zu acht Wochen. Die individuelle Betreuungszeit je Teilnehmer beträgt zwischen 30 und 180 min. Der inhaltliche Schwerpunkt liegt auf der Förderung der Ausstiegskompetenz und Abstinenzstabilisierung. Die wesentlichen Bestandteile eines Basisprogramms zur Tabakentwöhnung bei Jugendlichen entsprechen den allgemein anerkannten Inhalten kognitiv-behavioraler Programme und sind im Einzelnen:

- Informationen zur Tabakabhängigkeit und Gesundheitsschäden
- Selbstbeobachtung (Raucherkarte, Protokoll)
- Motivationsförderung
- Entwicklung von Verhaltensalternativen
- Rückfallprophylaxe/Umgang mit Entzug
- soziale Unterstützung/Buddy

Medikamentöse Therapien spielen praktisch keine Rolle. Geschlechtsspezifische Elemente werden nur für weibliche Jugendliche genannt und behandeln die Themen Selbstbild/Persönlichkeit und Kontakte zum anderen Geschlecht. Wissenschaftlich fundierte Aussagen über die Wirksamkeit der vorgestellten Gruppenprogramme sind in Anbetracht der kleinen Fallzahlen und teils unsystematischer Datenerhebung derzeit nicht möglich. Nach einem Jahr werden Abstinenzquoten von etwa 20% genannt.

### Diskussion

Tabakentwöhnung für rauchende Jugendliche muss nach Ansicht des Autors als Gesamtkonzept angelegt werden, das auf mehreren Ebenen ansetzt, mehrere Modalitäten beinhaltet und lange Laufzeiten hat. Eine einseitige Konzentration auf eher hochschwellige Gruppenprogramme erscheint dabei nicht ausreichend, auch wenn Gruppenprogrammen im „Konzert“ der Maßnahmen eine wichtige Rolle zukommt.

#### Wichtig für die Praxis

Die Behandlung jugendlicher Raucher basiert auf ähnlichen Wirkfaktoren, unterscheidet sich in der praktischen Durchführung aber erheblich von der Behandlung Erwachsener

b) STEINBERG M, AKINCIGIL A, DELNEVO C, CRYSTAL S & CARSON J (2006) Gender and age disparities for smoking-cessation treatment. American Journal of Preventive Medicine, 30, 405–412

### Hintergrund

Ärzte spielen eine entscheidende Rolle bei der Behandlung der Tabakabhängigkeit, insbesondere bei der Empfehlung und Verordnung medikamentöser Entwöhnungshilfen. Unklar bleibt, ob die gängige Praxis den Empfehlungen der Leitlinien entspricht. In dieser Studie wurde an einer repräsentativen Stichprobe untersucht, wie häufig Tabakkonsumenten identifiziert, beraten und medikamentös behandelt werden und von welchen Faktoren Behandlungsaktivitäten abhängen.

### Methode

Mehr als 58 000 Arzt-Patient-Kontakte aus dem amerikanischen National Ambulatory Medical Care Survey 2001/2002 wurden unter Berücksichtigung von Patientenmerkmalen, Diagnosen, Tabakentwöhnungsberatung und medikamentösen Empfehlungen ausgewertet.

### Ergebnisse

In 69% der Kontakte wurde der Rauchstatus identifiziert. 16% waren aktuelle Raucher. 22,5% dieser Raucher erhielten eine Entwöhnungsberatung, in 2,4% der Fälle wurde eine medikamentöse Therapie empfohlen bzw. verschrieben. Diese Ergebnisse sind ähnlich wie die einer früheren Analyse aus dem Jahr 1991. Eine Reihe von Patientenmerkmalen war mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine Beratung assoziiert: Neue Patienten (OR 1.34, 95% KI 1.00 – 1.77) und das Vorliegen einer durch Tabak verursachten Diagnose (OR 2.71, 95% KI 1.95 – 3.78). Frauen erhielten seltener eine Medikation (OR 0.45, 95% KI 0.22 – 0.90), ebenso ältere Raucherinnen und Raucher über 65 Jahre (OR 0.14, 95% KI 0.03 – 0.63). Eine durch Tabakrauchen verursachte Diagnose stand mit einer häufigeren Verschreibung in Zusammenhang (OR 3.91, 95% KI 1.64 – 9.29). Auch wenn Patienten selbst den Wunsch nach medikamentöser Behandlung äußerten, waren Ärzte erheblich häufiger dazu bereit (OR 15.31, 95% KI 3.36 – 69.8).

### Diskussion

Trotz einer deutlich erhöhten Sensibilisierung für die Notwendigkeit ärztlicher Behandlungsaktivitäten konnte im letzten Jahrzehnt kein wirklicher Fortschritt erzielt werden. Nach wie vor erhielt nur ein kleiner Teil der Raucher irgendeine Form von Beratung oder medikamentöse Therapie. Es bedarf zusätzlicher Anstrengungen in Aus- und Fortbildung sowie öffentliche Gesundheitskampagnen, um die Versorgung von Rauchern zu verbessern.

#### Wichtig für die Praxis

Bei allen Patienten sollte der Tabakkonsum erhoben und zumindest eine Ermutigung zum Ausstieg erfolgen