dkfz.

Tabakentwöhnung

Newsletter

des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg

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

Nr. 36 August 2009

Editorial

Anfang Juli wurde der erste Tabakatlas für Deutschland vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Robert-Koch-Institut veröffentlicht. Anhand anschaulicher Karten und Grafiken sowie prägnanter Texte zeigt der Tabakatlas die regionalen, sozialen, geschlechts- und altersspezifischen Unterschiede im Tabakkonsum sowie die daraus resultierenden Zahlen tabakbedingter Todesfälle. Im Ergebnis wird im Norden Deutschlands mehr geraucht als im Süden – und es sterben dort mehr Menschen an den Folgen des Rauchens. Diese regionalen Unterschiede zeigen sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen an den tabakbedingten Todesfällen durch Lungenkrebs und durch Herz-Kreislauferkrankungen.

Daneben stellt der Tabakatlas die verschiedenen Tabakprodukte, ihre Zusatzstoffe und deren Eigenschaften sowie die gesundheitlichen Folgen des Rauchens und des Passivrauchens vor.

Das Handbuch gewährt zudem einen Einblick in die Kosten, die das Rauchen dem Einzelnen und der Gesellschaft verursacht. Weiter enthält es Übersichten zum Tabakanbau sowie über Produktion, Handel und Vertrieb von Tabakprodukten. Vorgestellt werden außerdem wirksame Maßnahmen zur Eindämmung des Rauchens, die im Rahmenabkommen der Weltgesundheitsorganisation zur Tabakkontrolle vereinbart wurden. Der Atlas bietet einen schnellen, aber dennoch umfassenden Einblick in das gesellschaftliche Problem des Tabakkonsums. Er zeigt auf, welche Maßnahmen in der Tabakprävention in Deutschland in den letzten Jahren umgesetzt wurden und welche im Rahmen des Abkommens noch zu ergreifen sind. Der Text des Tabakatlas ist als pdf-Datei unter www.tabakkontrolle.de abrufbar. Als Handbuch ist er im Steinkopff-Verlag erschienen (ISBN: 978-3-7985-1882-7) und über den deutschen Buchhandel für 19,95 Euro erhältlich.

Eine Ehrung der besonderen Art wurde dem Tabakatlas bereits in der Tabak-Zeitung (der „führenden Fachzeitschrift für den Tabakwarenhandel in Deutschland") vom 10.7.2009 zuteil, wo er als „geschickt gemachte Mao-Bibel der Tabakgegner" bezeichnet wird. Durch die verkürzte Darstellung komplexer Themen werde der Tabakatlas wissenschaftlichen Ansprüchen nicht gerecht, berge aber durch die ‚mundgerechte' Aufarbeitung für Laienleser die Gefahr einer massiven Beeinflussung der öffentlichen Meinung in sich, so die Tabak-Zeitung weiter.

Mit großer Wahrscheinlichkeit würde dieses Organ Rauchen auch als rein selbstbestimmten „Lifestyle" betrachten. Eine bevölkerungsbezogene Studie im Saarland (1), in der 10 000 Menschen zwischen 50 und 74 Jahren zu Gesundheitsverhalten und Krankheitsvorgeschichte, Raucher zudem zur Häufigkeit von Aufhörversuchen und zu ihrer Aufhörmotivation befragt wurden, kam zu einem ganz anderen Schluss: 76 % berichten von mindestens einem Rauchstoppversuch in der Vergangenheit, bei Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankung betrug dieser Anteil sogar 89 %. Lediglich 11 % der Raucher zeigten sich mit ihrem Rauchverhalten zufrieden. 30 % der Probanden gaben an, weniger rauchen zu wollen und 59 % erklärten, dass sie gerne ganz aufhören würden. Anil Batra betonte im Editorial zu dieser Studie (2), dass es „zahlreiche weitere Befunde" gebe, „die sowohl auf psychologischem als auch auf neurobiologischem Gebiet Parallelen der Tabakabhängigkeit mit anderen Suchterkrankungen nachweisen" und es sich eben nicht um ein „selbstbestimmtes Verhalten" handle. Vielmehr „zählt das Rauchen zur Kategorie von Störungen, bei denen die Notwendigkeit einer professionellen Unterstützung und qualifizierten Entgiftungsbehandlung anerkannt ist." Der geradezu zynischen Darstellung des Rauchens als selbstbestimmtem „Lifestyle" müsse aufs Deutlichste entgegengetreten werden, so die Autoren.

Die in dieser Ausgabe des Newsletters vorgestellten Studien beschäftigten sich mit dem Effekt einer motivierenden Intervention mittels Lungenfunktion, der Bereitschaft deutscher Hausärzte zur Beratung von rauchenden Patienten und dem

Inhaltsverzeichnis:

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

Einfluss des Rauchstopps auf die Lebensqualität. Wie gewohnt informieren wir wieder über die aktuellen Fortbildungs- und Veranstaltungstermine.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung.

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

(1) Breitling L, Rothenbacher D, Stegmaier C et al (2009) Aufhörversuche und -wille bei älteren Rauchern: Epidemiologische Beiträge zur Diskussion um „Lifestyle" versus „Sucht". Dtsch Arztebl Int 106: 451–455
(2) Batra A (2009) Rauchen – Krankheit oder Lifestyle? Dtsch Arztebl Int 106: 449–450

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe

1. Heidelberger Curriculum Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung – Diagnostik, Motivationsstrategien, Behandlung und Rückfallmanagement. Es gibt Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer. **Termin:** 02.10.09, 12–18 Uhr. Infos unter www.tabak-kontrolle.de; Anmeldung unter who-cc@dkfz.de

2. 20stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung", zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.. 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:** 04.09.–05.09.2009 oder 06.11.–07.11.2009. Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Osianderstraße 24, 72076 Tübingen. Information und Anmeldung: Frau Ekert, Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen, Tel.: 07071-2982313, Fax: 07071-295384; E-Mail: sucht@med.uni-tuebingen.de

3. Kursleiterschulung für das „Neue Rauchfrei Programm" des IFT und der BZgA durch das Institut für Therapieforschung München. **Termine:** Freiburg 12.09.–13.09.2009; Berlin 01.10.–05.10.2009; München 02.11.–06.11.2009. Infos unter http://www.rauchfrei-programm.de/schulung.htm; Anmeldung bei seidel@ift.de; Tel.: 089-360804-91, Fax: 089-360804-98

4. Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen bietet eine „Qualifizierende Schulung zur Raucherberatung für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe" an. **Termine:** 30.09.2009 und 18.11.2009 in Brandenburg. Anmeldung via Fax 030-817 98 58 29 oder E-Mail: nehrkorn@dngfk.de

5. 2-tägige „Kursleiterschulung zur Durchführung von Tabakentwöhnung in Gruppentherapie" des Institutes für Raucherberatung & Tabakentwöhnung Bayern (IRT Bayern). Die Kurse sind von allen gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. Termin: 09.10.–10.10.2009. Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089 / 68 999 511

Kongresse/Tagungen:

1. 2. Deutscher Suchtkongress in Köln vom 16.09.–19.09.2009. Anmeldung und Infos unter http://www.suchtkongress09.de

2. 14. Tübinger Suchttherapietage Termin: 23.09.–25.09.2009 mit WAT- und Heidelberger Curriculum; Info und Anmeldung unter sucht@med.uni-tuebingen.de

News

Die Website http://www.treatobacco.net/ wurde umfangreich überarbeitet und auf den neuesten Stand gebracht. Treatobacco.net ist eine international ausgerichtete Wissensplattform für alle an Tabakentwöhnung Interessierte und wird von der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) in Zusammenarbeit mit der International Union Against Cancer (UICC) und der InterAmerican Heart Foundation (IAHF) betrieben. Die Kerninhalte zu Demographie und gesundheitliche Auswirkungen, Wirksamkeit, Gesundheitsökonomie, Politik und Gesetzgebung sowie Sicherheit werden in 11 Sprachen bereitgestellt – natürlich auch in Deutsch.

Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung

a) McClure JB, PhD, Ludman EJ, Grothaus L et al. (2009) Impact of a Brief Motivational Smoking Cessation Intervention: The Get PHIT Randomized Controlled Trial. Am J Prev Med, doi:10.1016/j.amepre.2009.03.018

Hintergrund

Gesundheitsverhalten wird auch durch die subjektiv wahrgenommene Krankheitsanfälligkeit beeinflusst. Theoretisch müsste eine erhöhte Risikosensibilisierung die Bereitschaft zur Verhaltensänderung erhöhen. Es ist bislang nicht ausreichend untersucht, inwieweit sich die Ausstiegsbereitschaft von rauchenden Patienten mittels auf biologischen Parametern basierenden Rückmeldungen zu Gesundheitsrisiken (hier: Lungenfunktionsprüfung und CO-Messung) effektiver steigern lässt als mit herkömmlichen Standardinterventionen.

Methode

Von März 2005 bis September 2007 wurden im US-Bundesstaat Washington Raucherinnen und Raucher in allen Stadien der Ausstiegsbereitschaft rekrutiert. Teilnehmen konnten Personen über 18 Jahre, die gegenwärtig nicht an einer Tabakentwöhnungsmaßnahme teilnahmen, keine Kontraindikationen für eine Spirometrie und mindestens einen CO-Wert von 10 ppm hatten. Sie mussten entweder im letzten Jahr täglich mindestens 15 Zigaretten oder in den letzten 10 Jahren mindestens 10 Zigaretten geraucht haben. Alle Teilnehmer erhielten einen leicht verständlichen Bericht zu Gesundheitsrisiken, Selbsthilfeunterlagen und den Rat, mit dem Rauchen aufzuhören und eine etwa 20minütige motivierende Beratung. Falls sie sich für einen Rauchstopp entschieden, konnten sie weitere Unterstützung durch ein telefonisches Ausstiegsprogramm erhalten. Bei Teilnehmern in der Experimental-Bedingung wurden eine CO- und eine Lungenfunktionsprüfung durchgeführt. Anschließend erhielten sie ein individuelles Feedback zu ihren tabakassoziierten Symptomen, dem CO-Wert im Vergleich zu Normwerten von Nichtrauchern und zu den Parametern der Spirometrie (FVC, FEV1 und FEF25–75) mit Graphiken zum durchschnittlichen Verlauf der Lungenfunktion bei Nichtrauchern, Rauchern, die zu verschiedenen Zeitpunkten aufhörten und lebenslangen Rauchern. Teilnehmer der Kontrollbedingung erhielten dagegen

allgemeine Informationen zu den Risiken des Tabakkonsums, individuelle Rückmeldungen zu Ernährung, BMI, und körperlicher Aktivität sowie Instruktionen zur Nutzung der Telefonberatung. An drei Messzeitpunkten (Baseline sowie 6 und 12 Monate post) wurden Daten erhoben. Ermittelt wurden primär Veränderungen bei Ausstiegsmotivation und Rauchverhalten sowie die Nutzung der Telefonberatung oder anderer Ausstiegshilfen.

Ergebnisse
542 Teilnehmer (53% Frauen) wurden auf die zwei Bedingungen randomisiert. Bei der Erstbefragung wurden keine auffälligen Unterschiede zwischen den Gruppen ermittelt: Das durchschnittliche Alter lag bei 50,8 Jahren; der FTND lag bei 5,12 und der tägliche Zigarettenkonsum bei 20,7. Unter den Teilnehmern der Behandlungsbedingung lag der durchschnittliche CO-Wert bei 26ppm, und bei 37% wurde eine zumindest leichte Beeinträchtigung der Lungenfunktion ermittelt.
Teilnehmer der Kontrollgruppe berichteten bei der 6-Monats-Katamnese eine häufigere Nutzung pharmakologischer Ausstiegshilfen (38% vs. 28%, p=0.02). Aus der Kontrollgruppe hatten sich nach 12 Monaten 30,9% für das telefonische Ausstiegsprogramm angemeldet, in der Behandlungsgruppe waren es 25,5 % (p=0.17). Auch die 7-Tage-Punktprävalenz-Abstinenzquote nach 12 Monaten lag in der Kontrollgruppe etwas höher (14,9% vs. 13,1%, p=0.56). Signifikant besser war die 30-Tage-Punktprävalenz-Abstinenz nach der Kontrolle der Kovariaten beim 6-Monate Follow-up (Kontrollgruppe 10,8% vs. Behandlungsgruppe 6,4%, p=0.04). Etwa 62% hatten versucht, mit dem Rauchen aufzuhören; hier waren keine Unterschiede zwischen den beiden Bedingungen zu beobachten. Die Ausstiegsbereitschaft zum Zeitpunkt der 12-Monats-Nachbefragung war allerdings in der Kontrollgruppe größer (3.42 vs. 3.20 auf eine 5-Punkt Likert-Skala, p=0.03).

Diskussion

Der zusätzliche Behandlungsaufwand durch eine Spirometrie und CO-Messung führte weder zu einer größeren Ausstiegsbereitschaft, noch zu einer verstärkten Nutzung von Ausstiegsangeboten oder höheren Abstinenzquoten bei den Follow-ups.

Tatsächlich schnitten die Teilnehmer der Kontrollgruppe in einigen Erfolgsmaßen besser ab (Ausstiegsbereitschaft, Nutzung von Pharmakotherapie und Abstinenzraten nach 6 Monaten). Dass kein Effekt für die spezifische Rückmeldung der Lungenfunktion gefunden wurde, kann an vielerlei Gründen liegen: Zunächst könnte eine einmalige Beratung zu einem erhöhten Risiko für Lungenerkrankungen kein wirksamer Weg sein, um einen Ausstieg zu fördern. In dieser Studie wurde zwar die Möglichkeit angeboten, an einem intensiveren Programm teilzunehmen, aber es könnte einer aktiveren Vorgehensweise bedürfen, um Raucher zur Inanspruchnahme zu bewegen.
Dann darf nicht außer acht gelassen werden, dass die Teilnehmer der Kontrollbedingung eine aktive Intervention (Bericht zu Gesundheitsrisiken, 20minütige Beratung, Selbsthilfeunterlagen und Verweis auf die Telefonberatung) erhielten; möglicherweise hatte dies bereits einen erheblichen Einfluss auf Motivation, Nutzung von Behandlungsangeboten und Abstinenz. Das würde auch den Trend zugunsten der Kontrollgruppe erklären, deren Punktprävalenz-Abstinenzrate deutlich höher ist als die in der Literatur sonst berichteten Abstinenzraten von Kontrollgruppen. Da keine biochemische Verifikation der Selbstangaben zum Rauchverhalten durchgeführt wurde, könnten die Abstinenzraten überhöht dargestellt sein. In Kurzinterventions-Studien sind falsche Angaben zum Rauchverhalten allerdings eher selten. Unter Umständen könnte das Ergebnis auch auf die Studienpopulation zurückzuführen sein: es handelte sich nicht nur um ausstiegsbereite Raucher, sondern um Raucher in allen Stadien der Ausstiegsbereitschaft. Die Intervention in der Experimentalbedingung könnte die Ausstiegsmotivation eher unterminiert als gefördert haben, indem Rauchern gezeigt wurde, dass bei ihnen keine nachweisbare Beeinträchtigung der Lungenfunktion vorliegt.

b) Skoeries BA, Ulbricht S, Koepsell S et al. (2009) Bereitschaft zur Beratung von rauchenden Patienten – Ergebnisse einer Ärztebefragung in Brandenburg. Gesundheitswesen, doi 10.1055/s-0029-1215561

Hintergrund
Obwohl sich hausärztliche Interventionen positiv auf die langfristigen Abstinenzquoten auswirken, werden in Hausarztpraxen nur selten leitlinienkonforme Unterstützungsangebote unterbreitet. Barrieren stellen hierfür unzureichende Beratungsfertigkeiten, fehlende Vergütung und Zeitknappheit dar. In dieser Studie wurde untersucht, in welchem Umfang der Rauchstatus der Patienten in der Praxisroutine erfasst und dokumentiert wird, wie es um die Bereitschaft und Zuversicht unter Hausärzten bestellt ist, jedem rauchenden Patienten eine Beratung anzubieten und wodurch Bereitschaft und Zuversicht beeinflusst werden.

Methode
Von August 2005 bis Mai 2006 wurden alle im Ärzteverzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg gelisteten 1247 niedergelassenen Hausärzte postalisch befragt. Dazu wurden die Hausärzte in einem Anschreiben über das Ziel der Studie informiert und zur Teilnahme eingeladen. Sie wurden gebeten, einen Fragebogen auszufüllen und zurückzusenden. Bei fehlender Rücksendung des Fragebogens wurden bis zu zwei Erinnerungsanschreiben verschickt. Lagen auch danach keine Angaben vor, wurden die Hausärzte telefonisch noch einmal auf die Studie und den Fragebogen hingewiesen. 68 Hausärzten (5,5 %) wurden wegen Praxisaufgabe aus Altersgründen, Tod und Übernahme anderer Funktionen ausgeschlossen. 6% (n = 71) lehnten die Teilnahme postalisch oder telefonisch ab. Die Rate der teilnehmenden Hausärzte lag somit bei 54 % (n = 637).
Auf einer jeweils 5-stufigen Skala wurde erhoben, ob bei Erstvorstellung eines Patienten der Rauchstatus erfragt und in der Krankenakte dokumentiert wird und ob das routinemäßig bei jedem Besuch in der Sprechstunde geschieht. Die Bereitschaft des Hausarztes, alle rauchenden Patienten zu beraten, wurde auf einer Likert-Skala erfasst (0 = Ich denke nicht daran, allen Rauchern eine Beratung anzubieten bis 10 = Ich berate bereits alle rauchenden Patienten). Die Zuversicht des Hausarztes, allen Rauchern eine Raucherberatung anbieten zu können, wurde ebenfalls erfragt. Weiterhin wurden Rauchstatus, Geschlecht und Alter des Hausarztes erhoben.

Ergebnisse
Die teilnehmenden Hausärzte (59% Frauen) waren im Durchschnitt 53 Jahre alt und seit 26,5 Jahren approbiert. Ein Anteil von 10,7 % (n = 68) gab an, selbst Raucher zu sein. 3 von 10 Ärzten betrachten die Frage nach dem Rauchstatus bei der Erstvorstellung eines Patienten als Untersuchungsstandard. Knapp 75% dieser Ärzte dokumentierten diese Angabe in der Patientenakte. Auf die Frage, wie häufig sie Patienten bei jedem Sprechstundenbesuch auf ihre Rauchgewohnheiten ansprechen, antworteten 2,2% mit „immer“ und 18,6 % mit „häufig“, während 45 % „nie“ oder „selten“ angaben. 27,6% (n = 169) der Hausärzte haben nicht vor, Raucherberatung in ihrer Praxis umzusetzen. Ein Anteil von 25,4 % (n = 156) dachte darüber nach, alle

Impressum:
Der Newsletter erscheint sechs Mal im Jahr.

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.

Im Neuenheimer Feld 280 · D-69120 Heidelberg
Telefon: +49-(0)6221-42-3007 · Telefax: +49-(0)6221-42-3020
E-Mail: who-cc@dkfz.de · http://www.tabakkontrolle.de

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Martina Pötschke-Langer

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

Raucher zu beraten, war jedoch noch unentschlossen. Jeder sechste Hausarzt (16,6%, n = 102), gab an, bereits einige Patienten zu beraten und überlegt, wie sich die Beratung aller rauchenden Patienten organisieren lässt. 12,9 % (n = 79) meinten, dass sie bereits alle rauchenden Patienten beraten. Die mittlere Zuversicht der Ärzte, allen rauchenden Patienten eine Raucherberatung anbieten zu können, lag auf einer Skala von 1 bis 10 bei 4,1 (SD = 2,6). Univariate lineare Regressionsanalysen zeigten, dass bei nichtrauchenden Hausärzten im Vergleich zu rauchenden Kollegen die Beratungszuversicht um das 1,93Fache erhöht war.

Diskussion

Die vorliegende Studie zeigt, dass die Leitlinien zur Tabakentwöhnung nur ansatzweise in der Praxis umgesetzt werden. Mit einer Quote von 75% ist das Screening des Rauchstatus bei der Erstvorstellung eines Patienten noch recht weit verbreitet. Aber 45% der Befragten setzen das routinemäßige Ansprechen selten oder nie um, was dazu führt, dass z.B. bei einem großen Teil der 18- bis 30jährigen Patienten das Rauchen im Verlauf eines Jahres überhaupt nicht angesprochen wird. Damit wird die Chance einer wirksamen Kurzintervention in einer Bevölkerungsgruppe mit hochprävalentem Vorkommen des Tabakrauchens und noch niedriger Rate an Folgeerkrankungen unzureichend genutzt. Hausärzte sprechen das Rauchen bevorzugt dann an, wenn Erkrankungen vorliegen, die durch Rauchen begünstigt werden oder die Patienten älter sind. Die Wahrscheinlichkeit, ein solches Angebot für alle Patienten vorzuhalten, ist bei nichtrauchenden Hausärzten höher. Dieser Befund weist in die gleiche Richtung wie die Ergebnisse anderer Studien, nach denen rauchende Ärzte, verglichen mit ihren nichtrauchenden Kollegen, weniger motiviert sind, Raucherentwöhnung anzubieten. Die Teilnahmerate von 54 % lässt vermuten, dass insbesondere interessierte Hausärzte an der Befragung teilgenommen haben, und rauchende Hausärzte weniger häufig bereit waren, den Fragebogen auszufüllen. Dies würde auch die relativ niedrige Raucherrate von 10,7 % erklären.

Da Patienten einem Beratungsangebot in Hausarztpraxen in hohem Maße aufgeschlossen gegen überstehen, ist die Motivierung der Hausärzte ein wichtiger Ansatzpunkt, um die Aufmerksamkeit gegenüber dem Rauchverhalten von Patienten im Praxisalltag zu erhöhen. Die Erhöhung der Motivation von Ärzten, selbst mit dem Rauchen aufzuhören, muss eine zentrale Aufgabe sein. Angebote zur Tabakentwöhnung für rauchende Kollegen sollten durch ärztliche Berufsverbände gefördert und bereitgestellt werden.

c) Sales M, Oliveira M, Mattos IM (2009) The impact of smoking cessation on patient quality of life. J Bras Pneumol. 35(5): 436 – 441

Hintergrund

Kenntnis über die Auswirkungen eines Rauchstopp auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (health-related quality of life, HRQoL) kann bei der Ermutigung von Rauchern, eine Tabakentwöhnung anzustreben eine wichtige Rolle spielen. In mehreren Studien wurde gezeigt, dass HRQoL unter Nichtrauchern und ehemaligen Rauchern besser ist als bei Rauchern. Ziel der hier vorgestellten Studie war es, bei Teilnehmern eines Tabakentwöhnungsprogramms den Verlauf der gesundheitsbezogenen Lebensqualität über 12 Monate und in Abhängigkeit vom Rauchstatus zu beschreiben.

Methode

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde bei 60 rauchenden Patienten, die an einem sehr intensiven Tabakentwöhnungsprogramm über einen Zeitraum von 12 Monaten in einer Klinik in Fortaleza, Brasilien, teilnahmen, zu Beginn und am Ende des Programms mit dem 36 Items umfassenden Short-Form Health Survey (SF-36) ermittelt. Der SF-36 ist ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und erfasst 8 Dimensionen, die sich in die Bereiche „körperliche Gesundheit" und „psychische Gesundheit" einordnen lassen: Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion und Psychisches Wohlbefinden.

Ergebnisse

Die Teilnehmer waren im Durchschnitt 54 Jahre alt und mit durchschnittlich 39,2 pack years langjährige und starke Raucher. Das Ausstiegsprogramm umfasste Einzel- und Gruppensitzungen sowie eine Kombination von Nikotinersatztherapie und Bupropion. Nach 12 Monaten hatten 40 der 60 Teilnehmer Punktprävalenz-Abstinenz erreicht (CO-verifiziert), wobei ein niedrigerer FTND mit einer höheren Abstinenzwahrscheinlichkeit einherging (5,6 vs. 6,6, p=0.02).
Erfolgreiche Teilnehmer berichteten eine signifikant bessere Lebensqualität als nichtabstinente Teilnehmer im Hinblick auf allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, emotionale Rollenfunktion, und psychisches Wohlbefinden, wie auch beim Summenwert für psychische Gesundheit (56,6 vs. 47,4, p = 0.001).

Diskussion

Das wichtigste Ergebnis dieser Studie besteht darin, dass sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Teilnehmern einer intensiven Tabakentwöhnungsmaßnahme deutlich verbessert und insbesondere die Summenwerte für psychische Gesundheit bei Behandlungsende unter den abstinenten Teilnehmern besser waren als bei den rauchenden Teilnehmern.

Eine Generalisierung der Ergebnisse wäre in Anbetracht der kleinen Stichprobe und möglicher Selektionseffekte verfrüht; idealerweise hätten zusätzlich Nieraucher auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit untersucht werden müssen. Dennoch können diese Studienergebnisse zur Motivationssteigerung im Rahmen einer Tabakentwöhnungsmaßnahme genutzt werden.