



Rauchentwöhnung in der Zahnarztpraxis?

Auf den ersten Blick ein ungewohnter Gedanke. Aber sind nicht Zahnärztinnen und Zahnärzte die Experten für alle Fragen der Mundgesundheit? Wer schaut sonst seinen Patienten vergleichsweise regelmäßig und intensiv in den Mund?



Dabei geht es um mehr als die Kanzerosen und deren Vorstufen. Sie wissen um die Auswirkung des Rauchens auf das Parodontium. In der Bevölkerung sind diese Zusammenhänge weitestgehend unbekannt. Sogar unsere Gesundheitsministerin bekannte in einer der Vorbesprechungen zu dieser Aktion freimütig: „So habe ich das noch nie gesehen!“ Mit großer Selbstverständlichkeit bezahlen die gesetzlichen Krankenkassen Parodontalbehandlungen auch bei starken Raucherinnen und Rauchern. Eigentlich herausgeworfenes Geld.

Nun kann es nicht darum gehen, die Republik zu missionieren. Das Zahnärzteblatt EXTRA gibt Ihnen Gelegenheit, sich der Aktualität Ihres Fachwissens zu vergewissern. Es soll Ihnen Mut machen, die eine oder den anderen Betroffenen anzusprechen. Die beigefügten Faltblätter sollen Sie dabei unterstützen.

Sichern Sie Ihre Stellung als Experte in allen Fragen der Mundgesundheit!

Dr. Tycho Jürgensen
Präsident der Zahnärztekammer
Schleswig-Holstein

INHALT

Grußwort	>>>	2
Gesundheitsgefahren durch das Rauchen	>>>	3
Das Problem des Rauchens	>>>	8
Erfassung der Motivation und der Tabakabhängigkeit	>>>	10
Motivierung und Rauchentwöhnung	>>>	12
Verantwortung und Organisation des zahnärztlichen Teams	>>>	14
Kurzintervention in der zahnärztlichen Praxis	>>>	15
Informationen zum Rauchstopp	>>>	16

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im letzten Jahr habe ich - gerade auch im Hinblick auf einen immer früheren und vermehrten Einstieg in den Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen, besonders bei jungen Mädchen - das Thema „Rauchen“ gesundheitspolitisch verstärkt aufgegriffen.

Denn eines ist völlig klar: Die gesundheitlichen Schäden des Rauchens sind umfänglich untersucht und wissenschaftlich belegt. Einen risikofreien Konsum von Tabak gibt es nicht. Kein anderes legal zugängliches und bestimmungsgemäß verwendetes Produkt

beeinträchtigt die Gesundheit so schwerwiegend wie das Tabakrauchen.

Für mich kann die gesundheitspolitische Konsequenz nur lauten, alle Anstrengungen darauf zu richten, den Tabakkonsum in der Bevölkerung deutlich und dauerhaft zu senken.

Zum Welt Nichtraucherstag am 31. Mai 2003 habe ich deshalb die Präventionskampagne **NICHTRAUCHEN. TIEF DURCHATMEN** gestartet, die in einem aufeinander abgestimmten Maßnahmenbündel das gesellschaftliche Problembewusstsein schärfen, die Bevölke-

rung vor den Gefahren des Passivrauchens schützen, Raucherinnen und Raucher bei der Aufgabe des Rauchens unterstützen und das Nichtrauchen zum selbstverständlichen Normalfall werden lassen soll.

Deshalb danke ich der schleswig-holsteinischen Zahnärzteschaft, dass Sie in großer Aufgeschlossenheit und bisher einmalig in Deutschland diese gesundheitspolitische Initiative unterstützen und Ihre Patienten bezüglich ihres Rauchverhaltens sensibilisieren und über weitergehende Hilfsangebote informieren wollen. Dieser innovative Ansatz hat den großen Charme und Vorteil, dass die meisten Menschen unabhängig von Alter und Geschlecht in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen eine Zahnarztpraxis aufsuchen. Darüber hinaus sind Ihnen, meine sehr geehrten Damen und Herren, aus Ihrer tagtäglichen Praxis Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit gerade der Prophylaxe bestens vertraut.

Ich wünsche unserer konzentrierten Anstrengung in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung einen folgenreichen Verlauf.



Heide Moser

Ministerin für Soziales,
Gesundheit und Verbraucherschutz
des Landes Schleswig-Holstein

Grußwort

Die Gesundheitsministerin des Landes Schleswig-Holstein hat eine auf Dauer angelegte Präventionskampagne

NICHTRAUCHEN. TIEF DURCHATMEN

initiiert, die sich folgende Ziele setzt:

- Den Tabakkonsum in der Bevölkerung senken.
- Nichtraucher – insbesondere Jugendliche – darin bestärken, auch weiterhin Nichtraucher zu bleiben.
- Gelegenheitsraucher und Probierer, aber auch Gewohnheits- und abhängige Raucher in der – auch schrittweisen – Aufgabe des Rauchens unterstützen.
- Die Bevölkerung vor den Gefahren des Passivrauchens schützen.
- Den öffentlichen Diskurs zum Thema Rauchen anstoßen und das gesellschaftliche Problembewusstsein schärfen.
- Die Vorbildfunktion der Erwachsenen für die Jugend verdeutlichen
- Das positive Image und die „Normalität“ des Nichtrauchens stärken.



Die Initiative des Gesundheitsministeriums
Schleswig-Holstein

Impressum

Verlag/Herausgeber: Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Westring 498 · 24106 Kiel · Tel. 0431/2609 26-30, Fax 0431/2609 26-15
E-Mail: central@zaek-sh.de · <http://www.zahnaerztekammer-sh.de>
Redaktion: Dr. Thomas Ruff (verantwort.)
Layout, Herstellung: FORMSACHE Mediendienstleistungen, Kiel · Druck: Schmidt & Klaunig, Kiel
Das Zahnärzteblatt *Extra* erscheint unregelmäßig.

Gesundheitsgefahren durch das Rauchen

Das Rauchen von Tabak (Zigaretten, Zigarren und Pfeife) wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Suchtkrankheit eingestuft. Tabakrauch enthält über 4000 chemische Substanzen, wobei Nikotin und Kohlenmonoxid die wesentlichen toxischen Inhaltsstoffe sind. Über 70 krebserregende Substanzen (Karzinogene) sind im Tabakrauch enthalten.

Mortalität

Die WHO schätzt, dass bis 2030 weltweit jährlich zehn Millionen Menschen an den Folgen des Tabakrauchens sterben werden. Die Hälfte dieser Todesfälle treten im Alter zwischen 35 und 69 Lebensjahren auf, wobei 20 - 25 Lebensjahre verloren gehen. 22 % aller Todesfälle bei Männern (90.000 pro Jahr; Frauen 20.000) sind in Deutschland dem Tabakkonsum zuzuschreiben. Ein Drittel aller Todesfälle mittleren Lebensalters sind tabakbedingt.

Allgemeine Gesundheitsgefahren

30 % aller Krebse des Körpers, 90 % der Lungenkarzinome, 30 % ischämischer Herzerkrankungen und Schlaganfälle sowie 70 % chronisch obstruktiver Lungener-

krankungen sind tabakbedingt. Darüber hinaus gibt es eine große Zahl weiterer Gesundheitsrisiken des Tabakrauchens, die in Tabelle 1 zusammengestellt sind.

Karzinome

Das Lungenkarzinom ist eindeutig tabakassoziiert, wobei 90 % der Lungenkarzinome bei Männern und 79 % bei Frauen auf das Rauchen zurückzuführen sind. 85 % aller Lungenkarzinome wären bei Aufgabe des Rauchens vermeidbar. Das Rauchen von so genannten „Leicht-Zigaretten“ führt zu einer Zunahme der bisher selteneren Form des Adenokarzinoms. Auch Karzinome des Pankreas, der Blase oder das Zervixkarzinom und andere sind mit dem Rauchen assoziiert.



Allgemeine Gesundheitsrisiken des Tabakrauchens

- Karzinome (Mundhöhle, Pharynx, Ösophagus, Larynx, Lunge, Pankreas, Blase, Zervix u.a.)
- Koronare Herzerkrankungen
- Periphere Arterienerkrankungen
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen
- Nicht heilende Ulzerationen
- Belastungen des Immunsystems
- Allergien
- Osteoporose
- Reduzierte Hautelastizität
- Reduzierte Fruchtbarkeit
- Reduziertes Geburtsgewicht

Tabelle 1

Nicht rauchen. TIEF durchatmen.

Riskieren Sie nicht Ihr Lächeln

Sie pflegen regelmäßig und gründlich Zähne und Zahnfleisch, gehen zweimal im Jahr zur zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung. Und Sie können noch mehr tun: **Werden Sie rauchfrei.** Rauchen schadet – auch Ihrer Mundgesundheit. Und Ihrem Lächeln.

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein

Zur Unterstützung Ihrer Tätigkeit sind diesem Zahnärzteblatt EXTRA 50 Flyer beigelegt. Bei Bedarf können Sie weitere Exemplare bei der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein anfordern:
 Fax 04 31/26 09 26-15
 E-Mail: central@zaeck-sh.de

GESUNDHEITSGEFAHREN DURCH DAS RAUCHEN



Abbildung 1: Kleines Karzinom des linken Zungenrandes und des Mundbodens. Die Palpation ist neben der Inspektion von großer Wichtigkeit.



Abbildung 2: Plattenepithelkarzinom des rechten dorsalen Zungenrandes mit kleiner beginnender Ulzeration. Anterior besteht eine ausgedehnte, wenig auffällige homogene Leukoplakie.

Abbildung 3: Homogene, tabakassoziierte Leukoplakie im Bereich des linken Mundwinkels.



Herz- und Gefäßerkrankungen

Koronarerkrankungen, der Myokardinfarkt, die Hypertonie sowie periphere arterielle Verschlusskrankheiten und der Schlaganfall zeigen einen eindeutigen Zusammenhang mit dem Rauchen von Zigaretten. Störungen von Blutgerinnungs- und Fibrinolysevorgängen sind ebenfalls zu nennen.

Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

Das Rauchen von Tabakprodukten, insbesondere von Zigaretten, führt zu chronischer Bronchitis. Ein sich später einstellendes Emphysem resultiert in extremer Kurzatmigkeit bei fortschreitender Zerstörung der Lunge.

Belastungen des Immunsystems

Tabakrauch reduziert die Immunabwehr und erhöht das Risiko für eine Infektion.

Andere Risiken

Der Zusammenhang von Allergien und Tabakrauch ist bekannt. Gleiches gilt für die Osteoporose. Bei starken Rauchern fällt darüber hinaus das fahle, graue Hautkolorit auf sowie eine stark vermehrte Faltenbildung, insbesondere im Gesicht. Darüber hinaus kann das Rauchen von Tabak die Fruchtbarkeit sowohl bei Männern als auch bei Frauen reduzieren. Bei rauchenden Schwangeren kommt es zur Auswirkung auf den Fötus mit der Folge reduzierten Geburtsgewichtes oder einer Fehlgeburt.

Passivrauchen

Tabakrauch, der nicht inhaliert wird und direkt vom abbrennenden Ende der Zigarette (auch Zigarre

und Pfeife) entsteht, enthält einen höheren Anteil schädigender Substanzen. Passivrauchen ist für die Entwicklung von Allergien und des Lungenkarzinoms von ausschlaggebender Bedeutung. Auch der plötzliche Kindstod ist mit Tabakrauchexposition korreliert.

Rauchen und Mundgesundheit

Die Auswirkungen des Tabakrauches auf die Mundhöhle und deren Strukturen sind vielfältig und beinhalten harmlose, aber auch lebensbedrohliche Veränderungen. Die Tabelle 2 fasst die heute bekannten tabakbedingten Veränderungen der Mundhöhle zusammen.

Mundhöhlenkarzinom

Der Zusammenhang zwischen Tabakkonsum in gerauchter oder gekauter Form und der Prävalenz des Mundhöhlenkarzinoms ist eindeutig nachgewiesen. Es besteht eine klare Dosisabhängigkeit in Bezug auf die pro Jahr gerauchten Zigarettenpackungen. Der Alkoholkonsum, häufig kombiniert mit Tabakabusus, spielt eine weitere bedeutende Rolle. Alkohol selbst ist kein krebserregender Stoff, sondern verändert die Durchlässigkeit der Schleimhaut, vor allem für die krebserregenden Bestandteile des Tabakrauchs. Auf die krebserhöhende Wirkung einer sinnvollen Ernährung wird in letzter Zeit zunehmend hingewiesen. Das Risiko, Mundhöhlenkarzinome zu entwickeln, ist bei kombiniertem Tabak- und Alkoholabusus fünf- bis sechsmal größer als bei Nichtrauchern und Nichttrinkern. Darüber hinaus ist das Risiko, an einer Krebserkrankung von Mundhöhle und Rachen zu erkranken, für Männer fünfmal größer als für Frauen. In Deutschland erkranken jährlich etwa 7.700 Männer und 2.300 Frauen an Krebs im Bereich der Mundhöhle und des Rachens.

Dieses entspricht insgesamt einem Anteil von 5 % aller bösartigen Neubildungen bei Männern und von ca. 1 % bei Frauen. Von besonderer Bedeutung ist nach wie vor, dass es seit Mitte der 70er Jahre zu keiner wesentlichen Verbesserung der Überlebensrate von Patienten mit Mundhöhlenkarzinomen gekommen ist. Die relativen Überlebensraten von Patienten mit

wirkt im Sinne des Prophylaxegedankens die primäre oder sekundäre Vermeidung der Entstehung des prognostisch so ungünstigen Mundhöhlenkarzinoms.

Die Abbildungen 1 und 2 zeigen Plattenepithelkarzinome der Zunge. Beide sind noch relativ unauffällig und bedürfen einer sorgfältigen diagnostischen Betrachtung.

Durch Tabakrauch bedingte Mundhöhlenveränderungen

1. Mundhöhlenkarzinom
2. Leukoplakien (Präkanzerosen)
 - ▶ homogene und inhomogene Leukoplakien, Erythroleukoplakie, Erythroplakie
3. Andere tabakbedingte Schleimhautveränderungen
 - ▶ Rauchergaumen
 - ▶ Rauchermelanose
 - ▶ Veränderungen durch Kautabak
4. Tabakbedingte Auswirkungen an Zähnen

Gingivo-Parodontalstrukturen und Alveolarknochen

 - ▶ Zahnverfärbungen
 - ▶ Zahnabrasionen
 - ▶ Parodontalerkrankungen (Gingivitis, Parodontitis)
 - ▶ Negativer Einfluss auf parodontaltherapeutische Maßnahmen
 - ▶ Akute nekrotisierende ulzerierende Gingivitis
 - ▶ Vorzeitiger Zahnverlust
 - ▶ Wundheilungsstörungen
 - ▶ Erhöhte Rate von Implantatverlusten
 - ▶ Osteopenie
5. Andere tabakbedingte Veränderungen
 - ▶ Speichelveränderungen
 - ▶ Halitose
 - ▶ Leuködem
 - ▶ Chronisch hyperplastische Candidiasis
 - ▶ Glossitis rhombica mediana
 - ▶ Haarzunge

Tabelle 2

Krebs der Mundhöhle und des Rachens sind insbesondere für jüngere männliche Patienten zunehmend schlechter geworden. Früherkennung, vor allem aber Aufklärung von Patienten, insbesondere von Jugendlichen, mit dem Rauchen aufzuhören oder besser noch, erst gar nicht anzufangen,



GESUNDHEITSGEFAHREN DURCH DAS RAUCHEN

Abbildung 4: Inhomogene, verruköse Leukoplakie der Wange retroangulär.

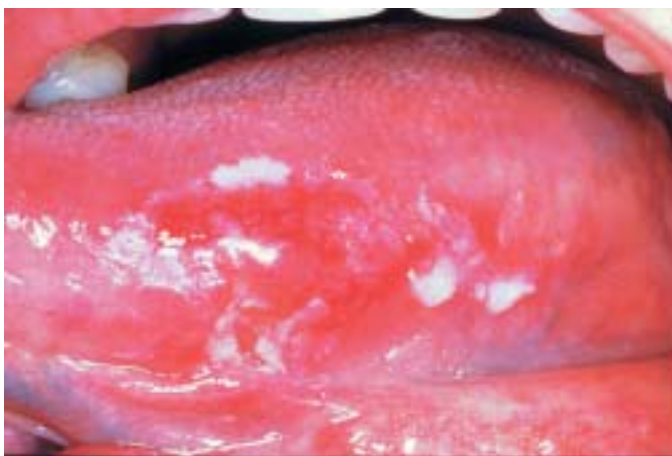
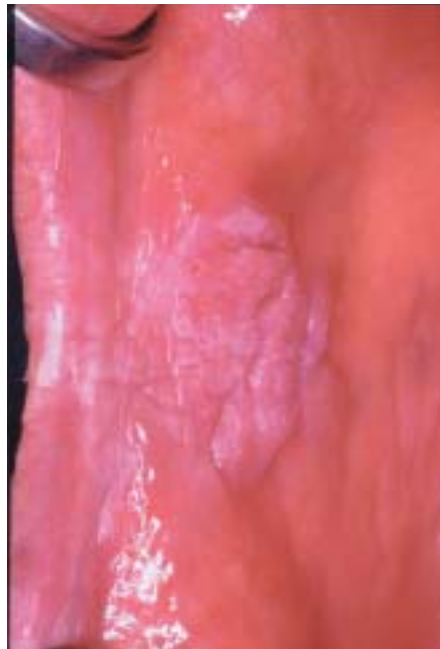


Abbildung 5: Erythroleukoplakie des linken Zungenrandes. Die Wahrscheinlichkeit einer malignen Transformation dieser Form der Leukoplakie ist hoch.



Abbildung 6: Rauchergaumen bei einem Pfeiferaucher.

Orale Präkanzerosen

Die Leukoplakie ist die häufigste und wichtigste präkanzeröse Veränderung der Mundschleimhaut. Die Prävalenzrate für Leukoplakien für Deutsche beträgt 2,3 % für Männer und 0,9 % für Frauen. Vorwiegend sind Patienten über 50 Jahre betroffen. Die bösartige Transformation von Leukoplakien liegt zwischen 0 und 20 %. Inhomogene Leukoplakien mit histologischen Zeichen der Dysplasie transformieren häufiger. Die Abbildungen 3 bis 5 zeigen unterschiedliche Varianten der Leukoplakie.

Andere tabakbedingte Schleimhautveränderungen

Der Rauchergaumen (früher Stomatitis nicotina palati) und die Rauchermelanose können bei Langzeitrauchern beobachtet werden. Der Rauchergaumen ist insbesondere mit Pfeiferrauchen assoziiert. Die Abbildung 6 zeigt einen typischen Rauchergaumen, die Abbildung 7 eine Rauchermelanose.

Parodontalerkrankungen

Der Nachweis einer direkten kausalen und quantitativen Beziehung zwischen Tabakkonsum und Parodontitis (Abbildung 8) ist eindeutig und unabweisbar. Eine Vielzahl von Publikationen weist auf diesen Zusammenhang hin. Gleiches gilt für die Gingivitis und für die akute nekrotisierende ulzerierende Gingivitis. Darüber hinaus haben klinische Studien gezeigt, dass Tabakrauchen einen deutlichen Einfluss auf parodontaltherapeutische Maßnahmen hat. Dieses gilt insbesondere für parodontalchirurgische Eingriffe. Grundsätzlich ergeben Risikoabschätzungen, dass Raucher ein 2,5 - 6 Mal höheres Risiko für Parodontalerkrankungen haben als Nichtraucher.

Wundheilungsstörungen

Wundheilungsstörungen nach chirurgischen Maßnahmen in der Mundhöhle sind bekannt. Dabei spielen die durch Nikotin ausgelöste Vasokonstriktion, wie auch immunologische Vorgänge eine Rolle. So sind z. B. Chemotaxe und Phagozytose von neutrophilen Granulozyten gestört.

Erhöhte Rate von Implantatverlusten

Der Zusammenhang zwischen Rauchen und frühzeitigem Verlust von Implantaten, insbesondere im Oberkiefer, und nach Sinusaugmentation sind bekannt. Erfolgsraten der Einheilung können durch - zumindest temporäre - Aufgabe des Rauchens verbessert werden.

Andere tabakbedingte Veränderungen

Neben den ästhetischen Aspekten wie Zahnverfärbungen, kommen auch Störungen der Geruchs- und Geschmackswahrnehmung zustande. Die Raucherhalitose ist besonders unangenehm. Rauchen fördert auch die Besiedelung des Mundhöhlenepithels mit *Candida*-Spezies, so dass Erkrankungen wie die chronisch hyperplastische Candidiasis und Glossitis rhombica mediana zustande kommen.

PROF. DR. PETER A. REICHART,
Berlin



Abbildung 7: Rauchermelanose der Gingiva und „Teer-“ablagerungen an den Zähnen.



Abbildung 8: Parodontitis und Raucherbeläge beim Langzeitraucher.

Weiterführende Literatur:

- ALLARD RHB. Tobacco and oral health: attitudes and opinions of European Dentists; a report of the EU working group on tobacco and oral health. *Int Dent J* 50: 99 - 102, 2000.
- BAIN CA. Implant installation in the smoking patient. *J Periodontol* 33: 185 - 193, 2000.
- DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM, STABSSTELLE KREBSPRÄVENTION UND WHO KOLLABORATIONSZENTRUM FÜR TABAKKONTROLLE (Hrsg.): *Der Tabakepidemie Einhalt gebieten: Regierungen und wirtschaftliche Aspekte der Tabakkontrolle.*, Heidelberg, 1999.
- EU WORKING GROUP ON TOBACCO AND ORAL HEALTH. Meeting report. *Oral Dis* 4: 48 - 76, 1998.
- HAUSTEIN KO. *Tabakabhängigkeit. Gesundheitliche Schäden durch das Rauchen.* Deutscher Ärzteverlag GmbH, 2001.
- REICHART PA. Tabak und Mundgesundheit. *Dtsch Zahnärztl Z* 55; 223 - 230, 2000.
- REICHART PA. Identification of risk groups for oral precancer and cancer and preventive measures. *Clin Oral Invest* 5: 207 - 213, 2001.
- SCHÖN D, BERTZ J, GÖRSCH B ET AL. Entwicklung der Überlebensrate von Krebspatienten in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung für Deutschland. Schwerpunktbericht. Robert Koch Institut, 1999.



Das Problem des Rauchens

Die Prävalenz des Rauchens in Deutschland

Die Raucherprävalenz der erwachsenen Population in Deutschland hat sich im Zeitraum von 1985 bis 2002 für die beiden Geschlechter unterschiedlich entwickelt. So hat sich die Prävalenz des Rauchens bei Männern von 40,8 % in 1985 bis 34,4 % in 2002 deutlich verringert, während bei den Frauen im selben Zeitraum ein Anstieg von 26,1 % in 1985 auf 30,7 % in 2002 zu verzeichnen ist. Diese Entwicklung verdeutlicht Abbildung 1.

Das Durchschnittsalter, in dem diejenigen Jugendlichen, die schon Erfahrungen mit dem Rauchen haben, ihre erste Zigarette probierten, beträgt 13,6 Jahre. Der Anteil der Jugendlichen, die im Alter zwi-

schen 11 und 16 Jahren ihre erste Zigarette geraucht haben, liegt bei 80 %. Im Hinblick auf das Geschlecht haben sich die Raucherquoten der 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen weitgehend angeglichen (37% weiblich; 38 % männlich). Verdoppelt hat sich im Zeitraum von 1989 bis 2001 der Anteil sehr junger Raucher im Alter von 12 bis 15 Jahren. Dies verdeutlicht Abbildung 2.

Sozioökonomischer Status und Tabakabhängigkeit

Es besteht eine hohe Assoziation zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Rauchen. Personen mit geringer Schulbildung, Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger

und Personen, die einer wenig anspruchsvollen Beschäftigung nachgehen, haben signifikant höhere Raucherraten.

Wirksamkeit des Nikotins

Psychoaktiv wirksam beim Rauchen ist das Nikotin, ein natürlich in der Tabakpflanze vorkommendes Alkaloid. Es ist der wichtigste Bestandteil der Zigarette, denn Tabakprodukte werden ausschließlich wegen der psychotropen Wirkung des Nikotins konsumiert. Nikotinfreie Zigaretten werden dagegen von rauchenden Menschen (und auch Affen) abgelehnt. Nikotin erleichtert die Freisetzung von Neurotransmittern und wird zu den Psychostimulanzien gezählt. Insbesondere die Dopaminfreisetzung bzw. Sensitivierung der Dopaminrezeptoren im mesolimbischen System wird nicht nur beim Nikotin, sondern auch bei weiteren Drogen wie z.B. Kokain, Amphetamin und den Morphinen als neurochemischer Wirkmechanismus der jeweiligen Substanz angesehen. Im Tierversuch konnte gezeigt werden, dass Nikotin dopaminerge Bahnen im limbischen System aktiviert, die auch für Belohnungen relevant sind. Daher ist es verständlich, dass abhängige Raucher versuchen, den Nikotinspiegel im Körper konstant zu halten.

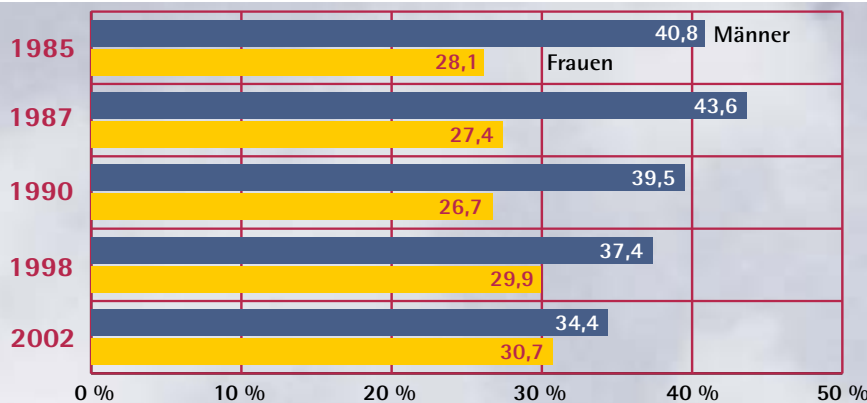


Abbildung 1. Prävalenz des Rauchens der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands im Alter von 25- bis 69 Jahren von 1985 bis 2002. Gesundheitswesen 66: 102-106, 2004.

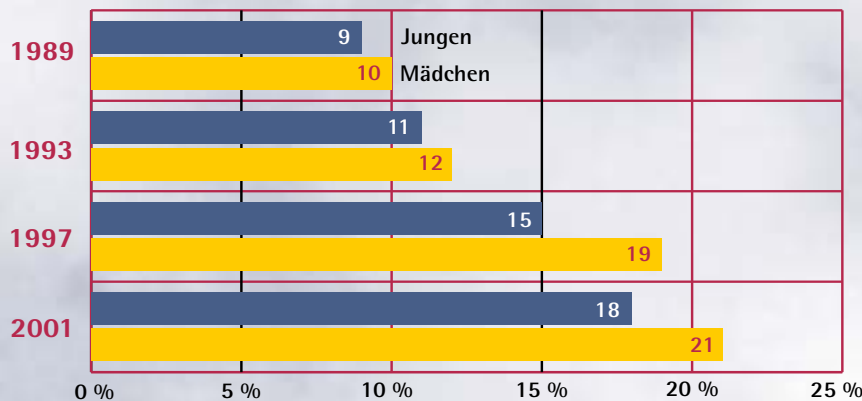


Abbildung 2. Prävalenz des Rauchens bei 12- bis 15-Jährigen in Deutschland. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2002.

Beginn und Aufrechterhaltung des Rauchens: Rauchen als gelerntes Verhalten

Das Experimentieren mit dem Rauchen beginnt üblicherweise in der Pubertät und wird zunächst hauptsächlich durch psychosoziale Motive gesteuert. Darunter fallen insbesondere der Einfluss anderer (rauchender) Jugendlicher und die positive Attribution des Rauchverhaltens in der Gesellschaft. Obgleich die erste Zigarette den meis-



Typische Symptome beim Nikotinentzug

Symptom	Dauer	Auftreten (%)
Schlafstörungen	< 1 Woche	25
Konzentrationsprobleme	< 2 Wochen	60
Schmächter (Craving)	< 2 Wochen	70
Reizbarkeit oder Aggression	< 4 Wochen	50
Depression	< 4 Wochen	60
Rastlosigkeit	< 4 Wochen	60
Gesteigerter Appetit	< 10 Wochen	70

aus *BMJ* 328: 277-279; 2004.

Tabelle 1

ten Menschen in der Regel nicht schmeckt, wiegen Motive wie Neugierde und Abenteuerlust, aber auch der Wunsch, mit den Erwachsenen gleich zu ziehen, so schwer, dass das Rauchverhalten „weiter geübt“ wird.

Klassische Konditionierungsprozesse ergeben sich im Verlauf des Konsums, wenn angenehme psychotrope Effekte des Rauchens an bestimmte Tätigkeiten, Situationen oder Schlüsselreize gekoppelt werden. Auf der Ebene der operanten Verstärker sind psychotrope Effekte, Spannungsreduktion, Selbstsicherheit, Stimmungsverbesserung, Gefühl der Zugehörigkeit, Konzentrationssteigerung, Entfall oder Vermeidung der Entzugssymptomatik, Entlastung durch Pausen und die Vermeidung ungeliebter Tätigkeiten wirksam.

Die Tabakabhängigkeit und die durch sie verursachten Entzugssymptome sind ein entscheidender Grund für die langfristige Aufrechterhaltung des Tabakkonsums. Tabelle 1 gibt einen Überblick über mögliche Entzugssymptome und deren Dauer.

Erste Anzeichen einer Tabakabhängigkeit können bereits bei Kindern und Jugendlichen, die erst seit kurzer Zeit rauchen, sehr schnell auftreten. Längsschnittuntersuchungen konnten zeigen, dass etwa ein Viertel der Jugendlichen im Alter von 12-13 Jahren bereits innerhalb der ersten vier Wochen,

nachdem sie anfangen gelegentlich, also nicht unbedingt täglich zu rauchen, erste Abhängigkeitssymptome aufweisen. Hierzu zählen u. a. ein starkes Bedürfnis zu rauchen, erfolglose Ausstiegsversuche und Nervosität bzw. Unruhe bei fehlender Möglichkeit zu rauchen.

Entwöhnungsmotivation bei Rauchern

Viele Raucherinnen und Raucher möchten mit dem Rauchen aufhören. 43 % der rauchenden deut-

schen Erwachsenen (39 % der rauchenden Männer und 47 % der rauchenden Frauen) haben schon einmal ernsthaft versucht, sich das Rauchen abzugewöhnen. Damit liegt Deutschland innerhalb von 18 untersuchten europäischen Staaten an drittletzter Stelle und weit unter dem EU-Durchschnitt von 55 %. Auch junge Menschen sind zum Rauchstopp motiviert. In einer repräsentativen Erhebung 12- bis 25-Jähriger äußerten zwei Drittel der Raucher den Wunsch, den eigenen Tabakkonsum zu reduzieren bzw. aufzugeben. Dabei lag der Anteil der 12- bis 15-jährigen Mädchen, die ihr Rauchverhalten verändern wollten, mit 79 % deutlich über dem Durchschnitt. Etwas weniger als ein Drittel der Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat bereits mindestens einmal ernsthaft versucht aufzuhören.

DR. REINER HANEWINKEL,
IFT-Nord

Weiterführende Literatur:

- BATRA A. Tabakabhängigkeit. Biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Band 97. Darmstadt, Steinkopff, 2000.
- BOYLE P, GANDINI S, ROBERTSON C ET AL. Characteristics of smokers' attitudes towards stopping. Survey of 10,295 smokers in representative samples from 17 European countries. *Eur J Pub Health* 10 (3 Supplement): 5-14, 2000.
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG. Jugendliche Raucher. Veränderungen des Rauchverhaltens und Ansätze der Prävention. Ergebnisse der Wiederholungsbefragung „Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln, 2002.
- DI FRANZA JR, SAVAGEAU JA, RIGOTTI NA, FLETCHER K, OCKENE JK, MCNEILL AD, COLEMAN M, WOOD C. Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tob Control* 11: 228-235, 2002.
- EDWARDS R. The problem of tobacco smoking. *BMJ* 328: 217-219, 2004.
- HELMERT U, BUITKAMP M. Die Veränderung des Rauchverhaltens in Deutschland von 1985 bis 2002. *Gesundheitswesen* 66: 102-106, 2004.
- JARVIS MJ. Why people smoke. *BMJ* 328: 277-279, 2004.
- WATKINS SS, KOOB GF, MARKOU A. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine Tob Res* 2: 19-37, 2000.



Erfassung der Motivation und der Abhängigkeit

Die erfolgreiche Tabakabstinenz setzt die Abstinenzmotivation des Rauchers voraus. Diese ist vor allem dann groß, wenn sich bereits erste gesundheitliche Folgen eingestellt haben, oder aber wenn der Druck von Seiten der Familie, des Freundeskreises oder der Arbeitskollegen stark ist.

Ferner ist das Verantwortungsgefühl den eigenen Kindern gegenüber ein starkes Argument für den Rauchstopp. Die Motivation zum Rauchstopp kann auch oft durch die gezielte Aufklärung des behandelnden Arztes deutlich gesteigert werden.

Die Erfassung des Abhängigkeitsgrades ist besonders bei den Raucherinnen und Rauchern wichtig, die mit dem Rauchen aufhören möchten, um die richtige Methode für die Intervention auszuwählen.

Sowohl die Motivation zum Rauchstopp als auch der Abhän-

gigkeitsgrad vom Tabak können über wenige Fragen schnell und einfach erhoben werden.

Erfassung der Abstinenzmotivation in der Zahnarztpraxis: Das Stadienmodell der Raucherentwöhnung

Ein Modell der amerikanischen Forscher James Prochaska und Carlo DiClemente beschreibt den Verlauf der Raucherentwöhnung in verschiedenen Stufen. Dieses Modell ist in Abbildung 1 dargestellt.

Bei den Stufen der Raucherentwöhnung wird nicht von einem

linearen „Abarbeiten“ bzw. Durchlaufen der Stufen ausgegangen, sondern ein „Rückfall“ auf niedrigere Stufen ist durchaus möglich. Rauchende Patienten können unter Umständen viele Male die Stufen der Absichtsbildung bis zur Handlung durchlaufen, bevor sie endgültig mit dem Rauchen aufhören. Es wird angenommen, dass je nach Stadium, in dem sich die Person befindet, unterschiedliche Strategien und Prozesse hilfreich bzw. wirksam sind. So geht es in den ersten zwei Stadien, der Absichtslosigkeit und der Absichtsbildung, eher um einen Motivationsaufbau und die Steigerung des Problembewusstseins, in der eigentlichen Handlungsphase und der Phase der Aufrechterhaltung des Nichtraucherstatus um Handlungsanweisungen sowie die Mobilisierung von Unterstützung.

Die praktische Bedeutsamkeit in der Erfassung der Motivation bei den Patienten liegt darin, Raucher zu identifizieren, die noch nicht zu einer Entwöhnung bereit sind, mit dem Ziel, diese in Richtung Rauch-

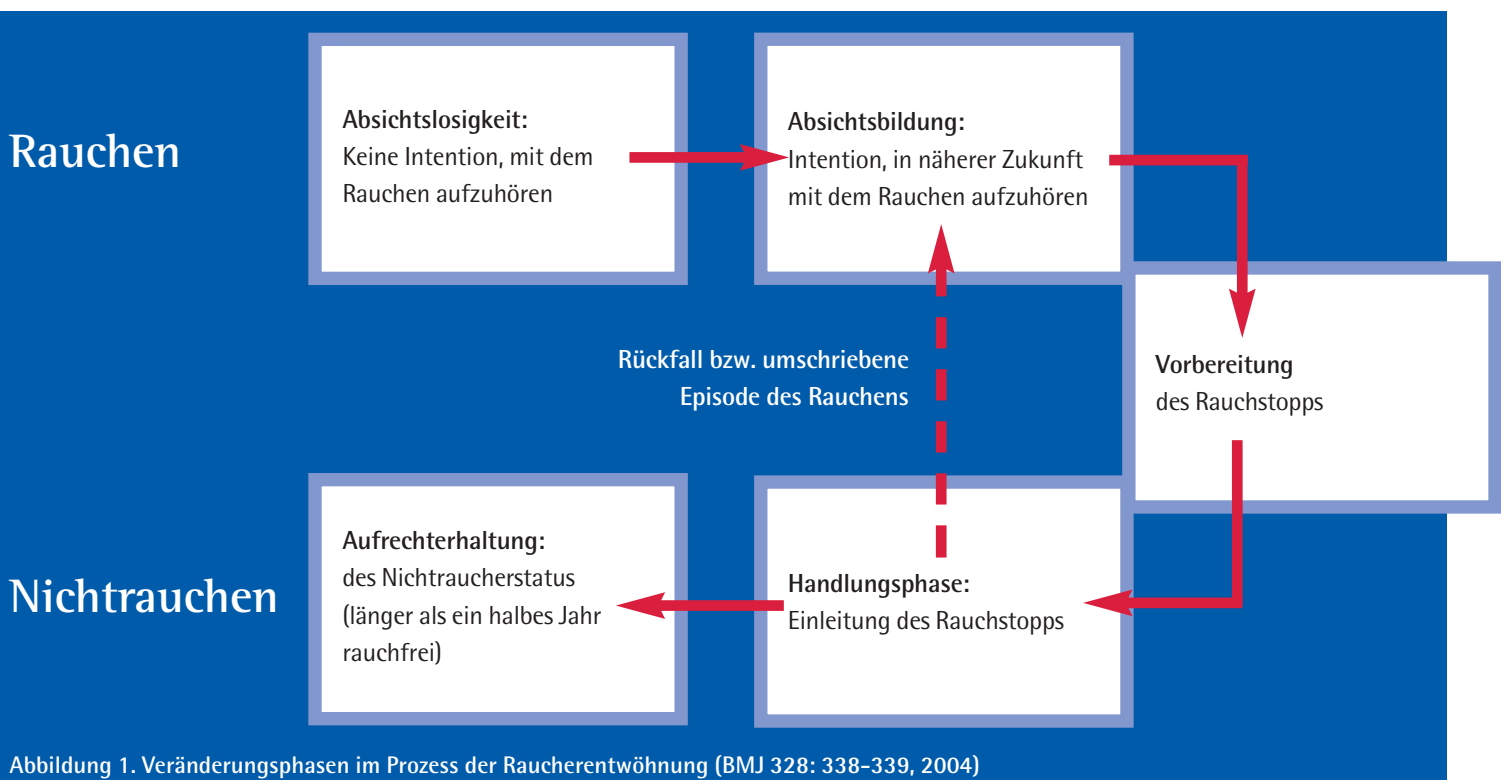


Abbildung 1. Veränderungsphasen im Prozess der Raucherentwöhnung (BMJ 328: 338-339, 2004)



stopp zu motivieren, und Raucher, die zu einer Entwöhnung bereit sind, in der Überwindung der Abhängigkeit zu unterstützen. Somit können die Interventionen auf die individuelle Motivationslage des Patienten abgestimmt werden. Die Motivation zum Rauchstopp kann sich über die Zeit deutlich verändern und durch die Umgebung (z.B. durch den Zahnarzt) positiv beeinflusst werden.

Bei Entwöhnungswilligen scheint die Ausprägung der Abhängigkeit die entscheidende Determinante für den Erfolg bei der Entwöhnung zu sein.

Erfassung der Abhängigkeit

Am schnellsten kann die Stärke der Abhängigkeit durch zwei Merkma-

le eingeschätzt werden: die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten sowie der Zeitpunkt der ersten gerauchten Zigarette am Tag. Raucher, die täglich mindestens 15-20 Zigaretten rauchen und innerhalb der ersten 30 Minuten nach dem Aufstehen die ersten Zigaretten rauchen, können als stark abhängig eingestuft werden. Ein Erhebungsinstrument zur Einschätzung der Nikotinabhängigkeit ist der Fagerström-Test, der aus sechs Fragen besteht und deren Beantwortung und Auswertung nur wenige Minuten in Anspruch nimmt.

DR. GUDRUN WIBORG,
IFT-Nord

Weiterführende Literatur:

HEATHERTON TF, KOZLOWSKI LT, FRECKER RC, FAGERSTRÖM K-O. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addiction* 86: 1119-1127, 1991.

PROCHASKA JO, DiCLEMENTE CC, NORCROSS JC. In search how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 47: 1102-1114, 1993.

WEST R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ* 328: 338-339, 2004.



<p>1. Wie schnell nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?</p> <p>Innerhalb von 5 Min. 6-30 Min. 31-60 Min. Nach 60 Min.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0</p>	<p>4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?</p> <p>Bis 10 11-20 21-30 31 und mehr</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3</p>
<p>2. Finden Sie es schwierig, an Orten, an denen das Rauchen verboten ist (z.B. Bücherei, Kino, in Versammlungen usw.), das Rauchen sein zu lassen?</p> <p>Ja Nein</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0</p>	<p>5. Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?</p> <p>Ja Nein</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0</p>
<p>3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?</p> <p>Die erste am Morgen Andere</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0</p>	<p>6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?</p> <p>Ja Nein</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0</p>
<p>Gesamt-Punktezahl: <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

Auswertung

Wie stark sind Sie körperlich abhängig?

0-2 Punkte: geringe Abhängigkeit

3-5 Punkte: mittlere Abhängigkeit

6-7 Punkte: starke Abhängigkeit

8-10 Punkte: sehr starke Abhängigkeit

Fagerström-Test zur Ermittlung der Tabakabhängigkeit

Motivierung und Raucherentwöhnung

Wissenschaftlich fundierte, wirksame Verfahren

Motivierende Beratung durch den Arzt oder Zahnarzt

Bereits ein etwa drei Minuten in Anspruch nehmender ärztlicher Ratschlag, das Rauchen aufzugeben, der im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung gegeben wird, führt zu langfristigen Abstinenzraten von 5 %. Die Effektivität der ärztlichen Intervention kann darüber hinaus gesteigert werden, wenn die Beratungszeit ausgedehnt wird. Dies verdeutlicht Abbildung 1.

Ferner steigt die Wirksamkeit der Beratung, wenn zusätzliche Informationsmaterialien mitgegeben werden (z.B. Broschüren und Selbsthilfemanuale zum Rauchstopp) und das Rauchverhalten sowie Möglichkeiten der Entwöhnung bei weiteren Zahnarztterminen erneut angesprochen werden (siehe dazu auch Seite 15 in diesem Heft).

Verhaltenstherapie

Die verhaltenstherapeutischen Verfahren basieren auf der Annahme, dass Rauchen ein gelerntes Verhalten ist. Dementsprechend ist neben der Vermittlung von Informationen und der Steigerung der Motivation das Ziel, dem Raucher konkrete kognitive und verhaltensorientierte Techniken zu vermitteln, um das gelernte Rauchverhalten durch andere - nicht schädliche - Verhaltensweisen zu ersetzen. Elemente der Therapie sind Verhaltensbeobachtung, kognitive Um-

strukturierung, Selbstkontrolltechniken, Verstärkung neu gelernter Verhaltensmuster, die Förderung sozialer Fertigkeiten sowie Problemlösefertigkeiten zum Umgang mit schwierigen Situationen. Ein weiterer Schwerpunkt bildet die Rückfallprophylaxe, das heißt, dass der Raucher lernt, auch nach einem kurzfristigen Rückfall (einem so genannten „Ausrutscher“) einen erneuten Anlauf zur Abstinenz anzugehen. Die therapeutischen Angebote können sowohl im Einzelkontakt als auch in der Gruppe umgesetzt werden. Mit der Intensität steigt auch die Wirksamkeit der verhaltenstherapeutischen Interventionen.

Nikotinersatztherapie

In Deutschland sind zwei grundsätzlich verschiedene medikamentöse Verfahren in der Tabakentwöhnungsbehandlung zugelassen: Die Nikotinsubstitution und die Therapie mit Bupropion. Generell gilt, dass die medikamentöse Unterstützung des Rauchstopps nur dann sinnvoll ist, wenn die Motivation zur Beendigung des Tabakkonsums gegeben ist und eine Auseinandersetzung mit den Rauchgewohnheiten stattfindet. Je stärker die körperliche Abhängigkeit vom Nikotin ausgeprägt ist, desto eher ist die pharmakologische Behandlung sinnvoll.

Legt man ein biologisches Modell der Nikotinabhängigkeit zugrunde, kann angenommen werden, dass die Ursache der typischen Entzugssymptome ein Nikotinmangel ist. Daher liegt es nahe, die Substanz Nikotin, welche verant-

wortlich ist für die körperliche Abhängigkeit, aber nur eine untergeordnete Bedeutung bei den tabakbedingten Folgeerkrankungen spielt, zu ersetzen und langsam auszuschleichen. Im deutschen Handel sind Nikotinpflaster, -kaugummi und -lutschtablette verfügbar, die zudem aus der Verschreibungspflicht entlassen sind. Die Wirksamkeit der Nikotinersatzpräparate wurde in mehr als 110 methodisch anspruchsvollen, randomisierten Studien überprüft und bestätigt.

Bupropion (Zyban[®]) wurde 1988 in den USA als Antidepressivum zugelassen. Im Jahr 1997 wurde zunächst in den USA und drei Jahre später in mehreren Ländern Europas die Zulassung auf die Tabakentwöhnung ausgedehnt. 16 Untersuchungen zu den Effekten einer Bupropion-Behandlung im Vergleich zu Kontrollbedingungen belegen die Wirksamkeit für die Tabakentwöhnung. Allerdings ist der Wirkmechanismus der Behandlung mit der verschreibungspflichtigen „Anti-Raucher-Pille“ unklar. Problematisch ist im Einzelfall auch das Nebenwirkungsprofil. Dieses reicht von Schlafstörungen und Mundtrockenheit über Kopfschmerz und Schwindel bis hin zu einem erhöhten Risiko für epileptische Anfälle. Aufgrund dieser Nebenwirkungen sollte eine gewissenhafte Abschätzung des Nutzens und des Risikos der Behandlung mit Bupropion erfolgen.

Kombination von Verhaltenstherapie und Nikotinersatztherapie

Die derzeit effektivsten Methoden zur Entwöhnung kombinieren Pharmakotherapie mit verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Angeboten. Diese zwei Komponenten tragen ungefähr zum selben Anteil zu einer erfolgreichen Ent-

wöhnung bei und berücksichtigen sowohl die psychische als auch die physiologische Abhängigkeit bei Rauchern. Die Höhe der Effektivität der überprüften Raucherentwöhnungsmethoden wird in Abbildung 2 verdeutlicht.

Kosteneffizienz der Raucherentwöhnung

Der ärztliche Ratschlag zur Raucherentwöhnung stellt sich bei Kosten-Nutzen-Analysen als eine sehr effiziente Maßnahme heraus:



Abbildung 1. Ergebnisse der Metaanalyse von Fiore et al. (2000). Wirksamkeit der Tabakerentwöhnung in Abhängigkeit vom Kontaktniveau (N = 43 Studien).

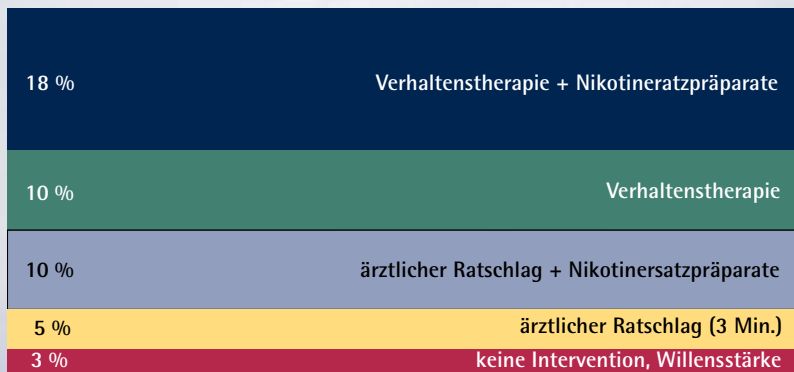


Abbildung 2. Vergleich von effektiven Raucherentwöhnungsmaßnahmen: Prozentsätze Raucher, die ein halbes Jahr oder länger nach einer Intervention rauchfrei sind. Thorax 55: 987-999, 2000; BMJ 328: 454-456, 2004.

Kosten je Jahr gewonnenen Lebens (€ Sterling)

- Pravastatin zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen
- Aspirin zur Sekundärprävention koronarer Herzerkrankungen
- Simvastatin zur Sekundärprävention des Herzinfarkts
- Ärztlicher Ratschlag zur Raucherentwöhnung

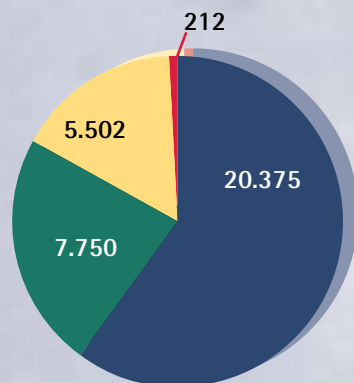


Abbildung 3. Kosteneffizienz des ärztlichen Ratschlags zur Raucherentwöhnung im Vergleich zu Standardinterventionen der Medizin. BMJ 328: 397-399, 2004.

Um ein Menschenleben um ein Jahr zu verlängern, entstehen durch den ärztlichen Ratschlag zur Raucherentwöhnung Kosten in Höhe von 212 englischen Pfund. Verglichen mit dem Kosten-Nutzen-Verhältnis von anderen Standardinterventionen der Medizin ist dies ein ausgezeichnete Wert (Abbildung 3).

Wissenschaftlich nicht fundierte, nicht wirksame Verfahren

Zur Wirksamkeit der Akupunktur gibt es mehrere Untersuchungen, die im Vergleich zu Kontrollbedingungen keine signifikanten Unterschiede aufwiesen. Die Effekte der Hypnose sind in einer halbjährigen Katamnese nicht größer als in einer unbehandelten Kontrollgruppe. Daher spricht sich auch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gegen den Einsatz der Hypnose als Raucherentwöhnungsmaßnahme aus.

DR. GUDRUN WIBORG,
DR. REINER HANEWINKEL,
IFT-Nord

Weiterführende Literatur:

ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT. Tabakabhängigkeit. Köln, 2001.

COLEMAN T. Use of simple advice and behavioural support. BMJ 328: 397-399, 2004.

FIORE MC, BAILEY WC, COHEN SJ ET AL. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 2000.

JAIN A. Treating tobacco addiction. BMJ 327: 1394-1396, 2003.

WEST R, McNEILL A, RAW M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 55: 987-999, 2000.



Verantwortung und Organisation des zahnärztlichen Teams

Das Thema „Tabak und Gesundheit“ oder besser gesagt „Krankheit“ ist in den letzten Jahren international so viel diskutiert worden wie bisher noch nie. Die WHO sieht im Tabakkonsum mit eines der größten Gesundheitsprobleme der Welt.

Antitabak-Aktionen begannen vor zwei Jahrzehnten in den Vereinigten Staaten. Die Europäische Union unterzeichnete die Antitabak-Konvention der WHO im Juni 2003. Heute empfiehlt die WHO vier grundsätzliche Prinzipien der Tabakkontrolle:

- Aufklärung der Bevölkerung
- Grundsätzliches Werbeverbot
- Steuererhöhung und
- Unterstützung von Antitabak-Aktivitäten im Rahmen von Tabakkontrollkoalitionen

Das zahnärztliche Team, insbesondere in Deutschland, ist bisher so gut wie nicht in die Koalition gegen den Tabak eingebunden gewesen. Dass dieses sinnvoll wäre, haben Studien zur Effizienz der Antitabak-Beratung aus zahnärztlichen Praxen gezeigt.

Dabei wird besonders herausgehoben, dass alle Mitglieder des zahnärztlichen Teams bei Antitabak-Programmen eine Rolle spielen. Aufgrund der Bedeutung des Tabakrauches für die Mundgesundheit sollte das Antitabak-Konzept als weiteres Modul der zahnärztlichen Präventionsarbeit mit einbezogen werden.

Dabei sind vor allem folgende Aspekte zu berücksichtigen:

1. Der meist regelmäßige jährliche Besuch von Patienten einer zahnärztlichen Praxis führt zu guten Kontroll- und Einflussmöglichkeiten im Rahmen der Prophylaxe, auch der Antitabak-Beratung.
2. Grundsätzlich sollte jeder Patient in der zahnärztlichen Praxis nach Rauchgewohnheiten befragt werden.
3. Es hat sich gezeigt, dass schon so genannte „Kurzinterventionen“ im Rahmen eines zwei- bis dreiminütigen Aufklärungsgesprächs gute Erfolge hinsichtlich der Aufgabe des Tabakkonsums erzielen.
4. Aufgrund der guten Einsehbarkeit der Mundhöhle können die Auswirkungen des Tabakrauches den Patienten besonders gut demonstriert werden.
5. Das Antitabak-Konzept passt nahtlos in das Konzept der Prophylaxe und ergänzt die traditionelle Karies- und Parodontitis-Prophylaxe in sinnvoller Weise.
6. Das zahnärztliche Team, welches Antitabak-Beratung erfolgreich durchführt, wirkt damit auch im allgemeinmedizinischen Gesundheitsgedanken positiv mit.

7. Ratschläge des zahnärztlichen Teams werden ernster genommen als von Familienangehörigen, Freunden oder Arbeitskollegen, da wissenschaftlich begründete Argumente vorliegen.

PROF. DR. PETER A. REICHART

Weiterführende Literatur:

- BECK-MANAGETTA J. Hilfe für rauchende Patienten. Eine Anleitung für das zahnärztliche Team. Hrsg.: Pharmacia Austria, Wien, 2002.
- KAMPAGNE „RAUCHEN SCHADET - LET IT BE“ U.A. (HRSG.). Rauchen - Intervention in der zahnärztlichen Praxis. Krebsliga Schweiz, Bern, 2002.
- REICHART PA. Tobacco, oral health, and the oral health care team. *Developing Dentistry* 2: 19 - 20, 2002.
- REICHART PA. Raucherentwöhnung in der zahnärztlichen Praxis? *Dtsch. Zahnärztl Z* 58: 553, 2003.
- SMITH SE, WARNAKULASURIYA KAAS, FEYERABEND C ET AL. A smoking cessation programme conducted through dental practices in the UK. *Br Dent J* 185: 299 - 303, 1998.
- TOMAR SC. Dentistry's role in tobacco control. *JADA* 132: 30S - 35S, 2001.
- WARNAKULASURIYA KAAS. Effectiveness of tobacco counseling in the dental office. *J Dent Educ* 66: 1079 - 1087, 2002.





Unterstützung beim Rauchstopp durch Kurzintervention: Das 5-A-Modell

Kurzintervention in der zahnmedizinischen Praxis

Fünf Interventionsschritte (5 A's) sind als maßgebliche Bestandteile von Interventionen zur Rauchentwöhnung im ärztlichen Setting identifiziert worden. Die Zahnärztin und der Zahnarzt sollten die Patientin und den Patienten nach dem Raucherstatus fragen (A1: ask), ihm den Rat zu entwöhnen geben (A2: advice), seine Entwöhnungsmotivation klären (A3: assess), ihm bei der Entwöhnung helfen (A4: assist) und Folgekontakte vereinbaren, um Rückfälle zu vermeiden (A5: arrange). Diese fünf Strategien sind so konzipiert, dass sie jeweils höchstens drei Minuten der Zeit des zahnärztlichen Teams einer Praxis in Anspruch nehmen, und sind konsistent mit den Empfehlungen der American Medical Association.

Umsetzung des 5-A-Modells in der Praxis

Schritt 1: Erfassen des derzeitigen Raucherstatus

Der Raucherstatus kann über die einfache Frage „Rauchen Sie?“ erfasst werden und sollte in der Patientenakte eingetragen werden. Zusätzlich kann erfasst werden, wie viele Zigaretten der Patient derzeit am Tag raucht, wie lange er bereits raucht und wie viele Entwöhnungsversuche er in der Vergangenheit unternommen hat. Nichtraucher können ausdrücklich gelobt werden.

Schritt 2: Der ärztliche Rat

Jedem rauchenden Patienten sollte in sachlicher und nicht vorwurfsvoller Haltung der klar formulierte Rat gegeben werden, mit dem Rauchen aufzuhören. Dieser Rat sollte mit der Darlegung der zu erwartenden (oder bereits eingetretenen) gesundheitlichen Folgen im Mundbereich begründet und auf die individuelle Situation des Patienten bezogen werden. An dieser Stelle kann auch aufgezeigt werden, was die positiven Folgen eines Rauchstopps sind.

Schritt 3: Erfassen der Motivation zum Rauchstopp

Keine Aufhörbereitschaft: Zeigt der Patient keine Aufhörbereitschaft für die nahe Zukunft, sollten ihm Informationsbroschüren mitgegeben werden. Der Patient sollte beim nächsten Termin erneut auf einen denkbaren Rauchstopp angesprochen werden.

Aufhörbereitschaft: Plant der Patient, in naher Zukunft mit dem Rauchen aufzuhören, geht der Arzt oder das zahnärztliche Team zu Schritt 4 über.

Schritt 4: Unterstützung des Entschlusses zum Rauchstopp

Der Patient wird in seinem Entschluss bekräftigt. Gemeinsam mit dem Arzt kann er seinen Rauchstoptag festlegen. Weitere Empfehlungen, die bei der Entwöhnung

hilfreich sein können, können ihm in Form von Broschüren bzw. Selbsthilfemanualen mitgegeben werden.

Ausgehend von dem Abhängigkeitsgrad des Patienten kann er über den Einsatz von Nikotinersatzpräparaten beraten werden (zur Erfassung des Abhängigkeitsgrades siehe Seite 11).

Patienten, die eine intensivere verhaltenstherapeutische Beratung bzw. einen Kurs zur Unterstützung bei der Entwöhnung wünschen, können die Nummern der bundesweiten Rauchtelefone und die Adressen der Institutionen, die derartige Angebote vorhalten, mitgeteilt werden (Adressen finden Sie auf Seite 16).

Schritt 5: Vereinbarung von Folgeterminen

Da Patienten in der Regel alle sechs Monate zum Zahnarzt kommen, ist es u.U. nicht möglich, dass der Patient kurz nach seinem Stoptag erneut in die Praxis kommt.

Teilt der Patient beim nächsten Termin in der Praxis mit, wieder geraucht zu haben, sollte er motiviert werden, nicht aufzugeben. „Ausrutscher“ bei der Entwöhnung sind die Norm und bieten eine gute Möglichkeit, individuelle Risikosituationen erneut zu analysieren und nach möglichen Alternativen zu suchen.



Motivierende Gespräche mit Patienten, die nicht entwöhnen möchten

Patientinnen und Patienten, die derzeit nicht mit dem Rauchen aufhören möchten, fehlt es oft an ausreichenden Informationen über die schädigenden Wirkungen des Rauchens. Weitere Faktoren für eine fehlende Motivation zum Rauchstopp sind die Angst vor dem Entzug bzw. das Fehlen geeigneter

Strategien zum Umgang mit Risikosituationen zum Rauchen oder die frustrierende Erfahrung, bereits mehrere (in der Regel nicht gut vorbereitete) erfolglose Entwöhnungsversuche unternommen zu haben.

Für diese Patienten können motivierende Gespräche hilfreich sein, die folgende Komponenten beinhalten (*5-R-Modell*): die Herausstellung der persönlichen Relevanz für den Rauchstopp (R1: relevance), die Identifikation potentieller negativer Risiken durch den Tabakkonsum (R2: risks), die Identifikation potentieller Vorteile des Rauchstopps (R3: rewards), die Identifikation hinderlicher Gedanken und Einstellungen (R4: roadblocks) und die wiederholte Ansprache (R5: repetition).

Motivierende Gespräche sind am erfolgreichsten, wenn das zahnärztliche Team folgende Aspekte beherzigt:

- Empathie
- Autonomie des Patienten fördern: Der Patient soll selbst die Vor- und Nachteile des Rauchstopps abwägen und entscheiden.
- Wortgefechte vermeiden (nicht den Zeigefinger erheben, das erzeugt Widerstand beim Patienten).
- Unterstützung und Förderung der Selbstwirksamkeit des Patienten, z.B. über die Identifikation von Erfolgen bei früheren Verhaltensänderungen.

Weiterführende Literatur:

COLEMAN T. Use of simple advice and behavioural support. *BMJ* 328: 397-399, 2004.

FIGURE MC, BAILEY WC, COHEN SJ ET AL. Treating tobacco use and dependence. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 2000.



DR. GUDRUN WIBORG,
IFT-Nord

DIE AUTOREN

Prof. Dr. Peter A. Reichart
Charité Universitätsmedizin Berlin
Zentrum für Zahnmedizin
Abteilung für Oralchirurgie und
zahnärztliche Röntgenologie
Tel. 030/450 56 26 02
Fax 030/450 56 29 01
E-Mail: peter.a-reichart@charite.de
www.charite.de/oralchirurgie

Dr. Reiner Hanewinkel
Dr. Gudrun Wiborg
Institut für Therapie- und
Gesundheitsforschung (IFT-Nord)
Düsternbrooker Weg 2, 24105 Kiel
Tel. 04 31/5 70 29-70
Fax 04 31/5 70 29-29
E-Mail: hanewinkel@ift-nord.de
wiborg@ift-nord.de
www.ift-nord.de

INFORMATIONEN ZUM RAUCHSTOPP

Seriöse Angebote zum Rauchstopp finden Sie in Schleswig-Holstein ganz in Ihrer Nähe:

Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord)
Dr. Gudrun Wiborg
Düsternbrooker Weg 2, 24105 Kiel
Tel.: 0431/57029-70 · Fax: 0431/57029-29
E-Mail: wiborg@ift-nord.de

Landesstelle gegen die Suchtgefahren Schleswig-Holstein (LSSH)
Bernd Heinemann
Schauenburger Str. 36, 24105 Kiel
Tel.: 0431/564770 · Fax: 0431/564780
E-Mail: sucht@lssh.de

Telefonische Beratungen zum Rauchstopp:

Das Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ): 06221/424200

Das Rauchertelefon der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): 01805/313131 (12 Cent/Minute)

Bei Fragen rund um den Zahn steht Ihnen außerdem die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein zur Verfügung:
www.zahnaerztekammer-sh.de