

Tabakprävention und -entwöhnung in der zahnmedizinischen Praxis

Christoph A. Ramseier¹, Michael M. Bornstein²,
Ulrich P. Saxer³, Karl Klingler⁴, Clemens Walter⁵

¹ Dept. of Periodontics and Oral Medicine,
University of Michigan, Ann Arbor, USA

² Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie,
Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern

³ Prophylaxezentrum Zürich

⁴ Lungenzentrum Hirslanden, Zürich

⁵ Klinik für Parodontologie, Endodontologie und Kariologie,
Universitätskliniken für Zahnmedizin, Basel

Schlüsselwörter: Tabakentwöhnung, Tabak-Kurzintervention,
Motivational Interviewing, Nikotinsubstitution

Korrespondenzadresse:

Dr. med. dent. Christoph A. Ramseier
Dept. of Periodontics and Oral Medicine
School of Dentistry, University of Michigan
1011 N. University Avenue, 48109
Ann Arbor, USA

Tel. +1 734 998-1468, Fax +1 734 998-7228

E-Mail: ramseier@umich.edu

(Texte français voir page 267)

Einleitung

Die hier vorliegende vierte Arbeit der Serienpublikation zum Thema «Tabakkonsum und Zahnmedizin» beschreibt das von der Task force des nationalen Rauchstoppprogramms der Schweiz «Let it be» in den Jahren 2002 bis 2006 ausgearbeitete Vorgehen zur Tabakprävention und -entwöhnung in einer zahnmedizinischen Praxis. Die negativen Einwirkungen des Tabakkonsums auf die Mundschleimhaut und das Parodont sind in drei vorangehenden Literaturübersichten ausführlich besprochen worden (BORNSTEIN et al. 2006, SAXER et al. 2007, WALTER et al. 2007). In

Dieser vierte Teil einer Serienpublikation der Task force des Projekts «Rauchen – Intervention in der zahnmedizinischen Praxis» zum Thema «Tabakkonsum und Zahnmedizin» behandelt die Integration der Tabakprävention und -entwöhnung in der zahnmedizinischen Praxis. Die Tabakentwöhnung ist neben einer optimalen Plaquekontrolle zur wichtigsten Massnahme bei der Behandlung von Parodontalerkrankungen geworden. Im Gegensatz zur allgemeinmedizinischen Praxis sieht das zahnmedizinische Praxisteam seine Patienten regelmässig und kann deshalb durch mehrere Interventionen zum Tabakentzug bewegen. Die Tabakabhängigkeit besteht aus einer physischen und einer psychischen Abhängigkeit. Daher ist die Kombination einer medikamentösen Therapie zur Behandlung der physischen Entzugssymptome mit einer Entwöhnungsberatung zur Änderung der Konsumgewohnheiten empfehlenswert. Für die Anwendung zur Tabakkurzintervention in der zahnmedizinischen Praxis scheint eine «Kurzform», das sogenannte «Brief Motivational Interviewing» (BMI), geeignet zu sein. Die Nikotinsubstitution ist die Therapie der Wahl für das zahnmedizinische Praxisteam, da die beiden rezeptpflichtigen Pharmazeutika Vareniclin und Bupropion SR der Verordnung durch die Ärzte vorenthalten sind.

diesem zunehmend wachsenden Gebiet der zahnmedizinischen Literatur können heute vermehrt Publikationen gefunden werden, die nach erfolgreichem Absetzen des Tabakkonsums die klinischen Verbesserungen des parodontalen Zustandes sowie der Mundschleimhäute beschreiben. Rund 5–10 Jahre nach dem Rauchstopp sinkt beispielsweise die Odds Ratio für das Rachenkarzinom von 5,8 auf 2,7 und mehr als 10 Jahre nach dem Rauchstopp sogar auf 0,7 (DE STEFANI et al. 1998). Das Parodont kann sich nach dem Rauchstopp ebenso erholen: Ehemalige Raucher haben weniger Alveolarknochenverlust (BERGSTROM et al. 2000, BOLIN et al. 1993, PAULANDER et al. 2004), weniger Zahn-

verlust (KRALL et al. 1997) und reagieren signifikant besser auf die Parodontaltherapie (KALDAHL et al. 1996, PRESHAW et al. 2005). Welche Erfolge nach der konventionellen Parodontitistherapie bei Rauchern, ehemaligen Rauchern oder Nichtrauchern nach heutigem Wissensstand erwartet werden können, wurde kürzlich von Heasman und Mitarbeitern in einem Literaturüberblick dargestellt. Die Autoren haben die Behandlungsergebnisse von 26 Studien nach Behandlungserfolg zusammengetragen. Darunter konnten in 6 Studien die Resultate von ehemaligen Rauchern identifiziert werden, die insgesamt bedeutend bessere klinische Ergebnisse gezeigt haben als Patienten, die über die Beobachtungsperioden weitergeraucht haben (HEASMAN et al. 2006). Ebenso konnte in einer prospektiven Studie an 78 Patienten mit 223 oralen Implantaten festgestellt werden, dass ehemalige Raucher signifikant bessere Implantat-Erfolgsraten hatten als Patienten, die nach der Implantation weiter rauchten (BAIN 1996).

Zusammenfassend betrachtet, liegt der Zustand des Parodonts von ehemaligen Rauchern zwischen demjenigen von Rauchern und Nichtrauchern (GROSSI et al. 1997, HABER et al. 1993). Hingegen ist die Dauer der Erholungsphase des Parodonts nach erfolgreichem Tabakentzug noch nicht ausreichend bestimmt worden. Deutlich erwiesen ist indes ein Zusammenhang zwischen der Menge konsumierter Zigaretten vor der Entwöhnung und der Zeit der Erholung. Anhand einer nationalen Untersuchung von 12 623 Patienten in den USA (NHANES III) kann von einer Halbwertszeit von 1,5 Jahren ausgegangen werden (DIETRICH & HOFFMANN 2004). Dies bedeutet, dass 1,5 Jahre nach der Entwöhnung das Risiko für Parodontalerkrankungen nur noch halb so gross ist.

Aufgrund dieser Evidenzlage kommt der Tabakentwöhnung in der Zahnmedizin eine bedeutende Rolle zu. Neben der optimalen Plaquekontrolle ist eine erfolgreiche Tabakentwöhnung zur wichtigsten Massnahme der Vorbeugung und Behandlung einer chronischen (RAMSEIER 2005) sowie der aggressiven Parodontitis (HUGHES et al. 2006) geworden.

Tabakabhängigkeit

Wie bereits von Walter und Mitarbeitern beschrieben, ist Nikotin die Droge im Tabakprodukt, die eine angenehme Gefühlslage bei ihrem Konsumenten auslösen kann (WALTER et al. 2007). Das Nikotin gelangt entweder durch Lunge oder Mundschleimhaut in den Blutkreislauf und wird auf diesem Weg ins Zentralnervensystem gebracht. Dort bindet es an die Rezeptoren für Acetylcholin und verlängert so die Öffnungsdauer der Ionenkanäle für den Natrium-Einstrom in die Zielzellen (HOGG et al. 2003). Durch diesen zusätzlichen Stimulus erhöht sich die Konzentration von Noradrenalin in bestimmten Hirnregionen wie dem Nucleus accumbens und dem Locus coeruleus, was vom Tabakkonsumenten als angenehm empfunden wird (SVENSSON et al. 1990, ZHANG & SULZER 2004). Gleichzeitig wird damit ein Adaptationsmechanismus ausgelöst, der die Zielzelle für denselben Reiz unempfindlicher macht (WANG & SUN 2005). Dies hat einerseits zur Folge, dass der Tabakkonsument die Nikotindosis selbst erhöhen muss, um die gewünschten angenehmen Empfindungen zu einem späteren Zeitpunkt wieder gleich stark zu verspüren, andererseits treten bei ihm so genannte Entzugssymptome auf, wenn die geforderte Nikotindosis fehlt. Der Tabakkonsument benötigt also nach erfolgter Adaptation seine individuelle Dosis Nikotin, um sich neutral zu fühlen. Diese morphologische Anpassung im Zentralnervensystem wird als die Entwicklung einer physischen Abhängigkeit bezeichnet (DI FRANZA & WELLMAN 2005).

Durch das wiederholte Einnehmen von Tabakprodukten kann neben der genannten physischen Abhängigkeit gleichzeitig eine Gewohnheit entstehen. Soziale Kontakte, unterstützt durch wiederkehrende Tagesabläufe, können eine Konsumgewohnheit begünstigen. Nach einer gewissen Zeit werden diese Gewohnheiten dann als feste Bestandteile innerhalb eines Tagesablaufs integriert. Kann die Gewohnheit aus bestimmten Gründen nicht ausgeführt werden, stellen sich Symptome wie Unruhe, Nervosität oder Aggression ein. Die Ursache dieser Reaktion ist eine psychische Abhängigkeit.

Die Tabakabhängigkeit besteht folglich aus einer physischen wie auch einer psychischen Abhängigkeit. Für eine Tabakentwöhnung ist somit die Kombination einer medikamentösen Therapie zur Behandlung der physischen Entzugssymptome mit einer Verhaltenstherapie zur Änderung der Konsumgewohnheiten empfehlenswert.

Tabakentwöhnung

Tabakkonsumenten werden im alltäglichen Leben von vielen Seiten her auf ihr ungesundes Konsumverhalten aufmerksam gemacht. Zahlreiche Beiträge in den Medien, Einschränkungen der Raucherlaubnis sowohl im öffentlich zugänglichen Raum als auch am Arbeitsplatz sowie geäusserte Bedürfnisse von Familienmitgliedern nach dem Schutz vor Passivrauchen sind nur eine geringe Auswahl von Situationen, denen Tabakkonsumenten regelmässig ausgesetzt sind. Weiter wird auch im Interesse des öffentlichen Gesundheitswesens mit der Erhöhung der Tabaksteuer, der Werbeeinschränkungen für die Tabakindustrie sowie durch die Unterstützung von Medizinern und Zahnmedizinern versucht, die Prävalenz des Tabakkonsums zu senken. Obwohl alle diese Elemente in der Verantwortung des öffentlichen Gesundheitswesens wahrgenommen werden, spielt zuletzt immer die Entscheidung des einzelnen Konsumenten eine Rolle, ob er oder sie bereit ist, das Verhalten zu ändern und den Tabakkonsum einzustellen. Die Ausstiegsraten ohne Unterstützung durch Selbsthilfeprogramme oder professionelle Beratung liegen zwischen 10,2% und 11% (FIORE et al. 2000).

Entwöhnungsmethoden

Die zurzeit erfolgreichste und evidenzbasierte Methode zur Tabakentwöhnung besteht aus einer professionellen Beratung zur Verhaltensänderung nach den sogenannten «5 A»: **A**sk (fragen), **A**dvice (raten), **A**ssess (einschätzen), **A**ssist (helfen) und **A**rrange (organisieren) in Kombination mit einer medikamentösen Therapie (FIORE et al. 2000). Es ist allgemein bekannt, dass die Erfolgsraten von der aufgewendeten Zeit einer Entwöhnungsberatung abhängen. Sie liegen bei einer Beratungsdauer von 1–3 Minuten, 4–30 Minuten, 31–90 Minuten und >90 Minuten bei 14,0%, 18,8%, 26,5% und 28,4% (FIORE et al. 2000). In klinischen Studien zur Erhebung der Erfolgsraten einer Tabakentwöhnung wird regelmässig festgestellt, dass rund drei Monate nach Konsumstopp die Ausstiegsraten relativ hoch (>50%) sind und bis zwölf Monate danach aufgrund einer relativ grossen Häufigkeit von Rückfällen stark (<25%) abfallen (FERGUSON et al. 2005, JUDGE et al. 2005).

Andere bekannte und weit verbreitete Methoden zur Raucherentwöhnung, wie die Akupunktur oder die Hypnose, sind wiederholt untersucht worden. In Metaanalysen mehrerer kontrollierter Studien konnten Fiore und Mitarbeiter hierfür jedoch keine besseren Erfolgsraten gegenüber der «5 A»-Methode ermitteln (FIORE et al. 2000). Die berühmten Bücher des ehemali-

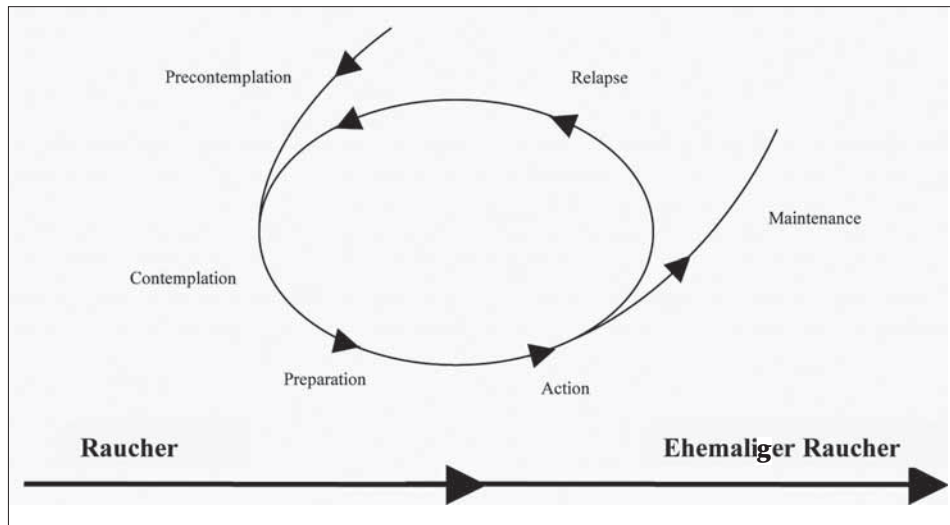


Abb. 1 Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung «Stages of change» modifiziert nach Prochaska und DiClemente (PROCHASKA & DICLEMENTE 1983).

gen starken Rauchers und Schriftstellers Allen Carr (1934–2006) «Endlich Nichtraucher» und «Nichtraucher bleiben» wurden in einer kontrollierten Studie unterzogen. Obwohl für diese Hilfsmittel und Methoden einzelne Erfolgsberichte vorliegen, fehlt ihnen die notwendige wissenschaftliche Evidenz, um allgemein empfohlen werden zu können.

Bereitschaft zur Verhaltensänderung

Die Bereitschaft zur Verhaltensänderung wird oft mit dem sogenannten transtheoretischen Modell beschrieben, wonach vier Stadien durchlaufen werden (Abb. 1). Diese lauten: Precontemplation («unbewusst sein»), Contemplation («bewusst werden»), Preparation («vorbereiten») und Action («umsetzen») (PROCHASKA & DICLEMENTE 1983). Ein denkbar erfolgreiches Modell zur Unterstützung einer Tabakentwöhnung ist es, Patienten zu motivieren, von einem der oben genannten Stadien ins nächste zu kommen.

Es kommt oft vor, dass Tabakkonsumenten den Entzug wohl einmal vornehmen wollen, jedoch auf eine Anfrage zur Bereitschaft hin antworten, dass die Zeit dafür noch nicht gekommen sei. Man wolle erst noch gewisse Dinge, z. B. eine Prüfung bestanden oder die Ehescheidung abgeschlossen haben. Dies sind in den meisten Fällen ausgedachte, erlernte Vorwände, die immer wieder neu das Tabakkonsumverhalten rechtfertigen sollen. Hinter dieser Haltung liegen oft die Angst vor dem Versagen, dass man es nicht schaffen wird, die unangenehme Erfahrung eines bereits früher erlebten Rückfalles oder die unerwünschte Nebenwirkung einer Gewichtszunahme. Mit einer gekonnten Gesprächsführung (siehe unten) können solche «Ausreden» in kurzer Zeit unaufdringlich entdeckt und oft ohne Widerstand aufgelöst werden.

Angst vor dem Rückfall

Ein wichtiges Thema in der Tabakentwöhnungsberatung ist die Angst vor dem Rückfall. Viele Raucher haben Angst zu «versagen». Oft fehlt ihnen die notwendige Selbstsicherheit. Ehemalige Raucher sagen, dass sie es geschafft haben, weil sie «an sich geglaubt haben», dass sie es schaffen werden, und dass dies ihnen dann auch schliesslich geholfen habe. Mit einer geeigneten Gesprächsführung kann die Selbstsicherheit der Patienten gestärkt werden, was die Bereitschaft zur Tabakentwöhnung erhöhen wird. Dabei ist die Nikotinabhängigkeit ins rechte Licht zu rücken: Das Scheitern eines Rauchstoppsversuchs ist nicht als Charakterschwä-

che zu werten, sondern zeigt das vergleichsweise hohe Abhängigkeitspotenzial des Nikotins auf.

Angst vor der Gewichtszunahme

Ein weiteres wichtiges Thema in der Tabakentwöhnungsberatung ist eine mögliche Gewichtszunahme nach dem Rauchstopp. In einer klinischen Studie aus den USA mit 5887 Rauchern im Alter von 35 bis 60 Jahren wurde in einem Zeitraum von fünf Jahren eine Zunahme von durchschnittlich 9,7 kg festgestellt. Dies ist signifikant mehr als die allgemein geschätzte Gewichtszunahme von 5,3 kg bei Nichtrauchern über den gleichen Zeitraum (EISENBERG & QUINN 2006).

Da durch den regelmässigen Konsum von Nikotin der Metabolismus allgemein erhöht ist, werden bei Rauchern mehr Kalorien verbraucht. Umgekehrt erfolgt beim Nikotinentzug eine Reduzierung des Metabolismus, wonach die vorhandene Energie in Form von Körperfett gespeichert werden kann, auch wenn die Ernährung nicht verändert wird. In diesem Zusammenhang kann in einem Beratungsgespräch auf die Tatsache hingewiesen werden, dass eine pharmakologische Unterstützung, z. B. eine gut dosierte Nikotinsubstitution, die Gewichtszunahme reduzieren kann (FILOZOF et al. 2004).

Erfolgsraten der Tabakentwöhnung in der zahnmedizinischen Praxis

Die Erfolgsraten der zahnmedizinischen Tabakentwöhnung wurden von Warnakulasuriya und Mitarbeitern in einem Übersichtsartikel zusammengefasst. Wie auch aus anderen klinischen Untersuchungen mit professionellen Entwöhnungsberatungen durch Ärzte und Psychotherapeuten kann bei der Beratung durch Zahnärzte eine kurzfristig hohe Erfolgsrate festgestellt werden (WARNAKULASURIYA 2002). Christen und Mitarbeiter konnten Anfang 1980er-Jahre durch Beratung und Nikotinsubstitution sechs Wochen nach Rauchstopp eine Erfolgsrate von 34,3% erreichen. Bereits 15 Wochen nach Entzug sank diese auf 12,4%. Mit Beratung und Nikotin-Placebo betrugen die Erfolgsraten 6 und 15 Wochen nach Rauchstopp 10,7% respektive 4,8% (CHRISTEN et al. 1984).

Die Ausstiegsraten einer zahnärztlichen Entwöhnungsberatung wurden von Cooper und Mitarbeitern Ende der 1980er-Jahre an 374 Rauchern untersucht. Ohne medikamentöse Unterstützung betrugen die Erfolgsraten ein Jahr nach Rauchstopp 7,7–8,6%. Mit Nikotinsubstitution konnten 16,3–16,9% erreicht werden

(COOPER & CLAYTON 1989). Die Erfolgsraten einer Entwöhnungsberatung durch Dentalhygienikerinnen ohne Unterstützung durch Nikotinsubstitution betragen ein Jahr nach Entwöhnung 2,4–2,6% (SEVERSON et al. 1998).

In einer kürzlich publizierten systematischen Übersichtsarbeit wurden die Erfolgsraten einer zahnmedizinischen Tabakentwöhnung zusammengefasst. Die gepoolten Resultate aus insgesamt sieben Studien ergaben, dass die Beratungen zur Raucher- und Kautabakentwöhnung durch das zahnmedizinische Personal die Tabakabstinenzraten signifikant anhoben: Odds ratio 1,44 (Vertrauensintervall: 1,16–1,78) (CARR & EBBERT 2006).

Hindernisse für das zahnmedizinische Praxisteam

Es ist bekannt, dass die meisten Tabakkonsumenten sich ihrer ungesunden Gewohnheit bewusst sind. Untersucht man jedoch genauer, was für tabakbedingte Gesundheitsschäden allgemein bekannt sind, so werden die Folgen auf die Mundschleimhaut oder auf das Parodont noch bedeutend unterschätzt (AL-SHAMMARI et al. 2006). Dem zahnmedizinischen Praxisteam kommt folglich im Interesse der öffentlichen Gesundheit neben der Mundhygienekontrolle eine weitere wichtige Aufklärungsarbeit zu: mit den Patienten die Folgen des Tabakkonsums auf die Mundgesundheit zu besprechen. Die Integration eines solchen Gespräches in den Praxisalltag ist nicht immer einfach. Wie bereits oben erwähnt, fühlen sich viele Tabakkonsumenten von der Gesellschaft unter Druck gesetzt. Hinzu kommt, dass viele Patienten während der letzten Jahre im Rahmen zahnärztlicher Behandlungen nie auf die oralen Auswirkungen des Tabakkonsums oder gar auf ihre Bereitschaft zur Tabakentwöhnung angesprochen wurden. Erst durch die neueren Erkenntnisse der letzten 5 bis 10 Jahre kommt dem zahnmedizinischen Praxisteam die Aufgabe zu, in der Tabakprävention und -entwöhnung tätig zu werden (BORNSTEIN et al. 2006, SAXER et al. 2007, WALTER et al. 2007).

Allgemein genannte Hindernisse zur Integration der Tabakentwöhnung in der zahnmedizinischen Praxis sind 1) Zeitmangel, 2) finanzielle Überlegungen, 3) fehlendes Interesse seitens der Patienten, 4) Respekt der persönlichen Freiheit, 5) Mangel an Übung, «gute Ratschläge» vermitteln zu können, sowie 6) Angst, Patienten zu verlieren (GERBERT et al. 1989, NEEDLEMAN et al. 2006). In Zukunft sollten diese Barrieren mit einer problemorientierten Aus- und Weiterbildung des zahnmedizinischen Personals vermindert werden (RAMSEIER et al. 2006a, RAMSEIER et al. 2006b, WICKHOLM et al. 2006).

Möglichkeiten des zahnmedizinischen Praxisteam

Im ersten europäischen Workshop der Tabakprävention und -entwöhnung für Zahnmediziner im Herbst 2005 in der Schweiz wurde die Methode der «5 A» als evidenzbasiertes Modell zur Anwendung in der zahnmedizinischen Praxis angepasst (Abb. 2) (RAMSEIER et al. 2006b).

Im Gegensatz zur allgemeinmedizinischen Praxis sieht das zahnmedizinische Praxisteam seine Patienten regelmässig. Die Zahnarztpraxis ist deshalb prädestiniert, durch mehrere Interventionen auf Monate oder sogar Jahre hinweg, ihre Patienten zum Tabakentzug zu bewegen. Jedes Mitglied im zahnmedizinischen Praxisteam kann in die Teamarbeit einer Tabakentwöhnung integriert werden. Durch eine abgesprochene Aufgabenverteilung werden Patienten in der Zahnarztpraxis professionell empfangen, regelmässig auf einen Tabakkonsum angesprochen und bei der systematischen Entwöhnung lückenlos betreut. Zahnmedizinische Fachhelferinnen, Dentalassistentinnen und Dentalsekretärinnen können das Team durch administrative Arbeiten, wie die Nachbestellung von Material zur Tabakentwöhnung für das

Wartezimmer, die Verwaltung der Tabakkonsum-Anamneseblätter oder die Kennzeichnung von Patientendossiers, unterstützen (KLEIN & GUBA 1989, RAMSEIER 2003). Auf der Website der Task force unter www.dental-education.ch/smoking werden unter «Downloads» sämtliche administrativen Unterlagen zur Verwendung in der zahnmedizinischen Praxis in vier Sprachen kostenlos zum Herunterladen angeboten.

Tabakkurzintervention: «Advise»

Mit Rauchen aufhören kann unterschiedlich lange Zeit in Anspruch nehmen, und der Fortschritt ist oft abhängig davon, ob eine besondere Motivation oder eine Dringlichkeit zur Veränderung besteht. Meist läuft dieser Prozess nicht von selbst ab. Immer neue Motivierungen, wiederholtes Erinnern, dass der Tabakkonsum eine gesundheitsschädigende Gewohnheit ist, tragen zum Entschluss bei, das Konsumieren von Tabak in Zukunft aufzugeben. Sämtlichen Patienten kann beim Praxisempfang ein Tabakkonsum-Anamneseformular (Abb. 3) zum Ausfüllen abgegeben werden. Auf diese diskrete Art und Weise können viele Raucher erfasst und neutral auf ihre Aufhörbereitschaft angesprochen werden (RAMSEIER 2003, WAIT & ROBINSON 1999). Mit den Antworten aus diesem Anamneseformular ist eine Grundlage zur ersten Tabakkurzintervention geschaffen.

Gesprächsführung: (Brief) Motivational Interviewing, (B)MI

Zahlreiche Untersuchungen aus der Verhaltensforschung belegen den Erfolg eines lege artis geführten Motivational Interviewing (MI), einer patientenzentrierten Gesprächsführungsmethode zur Unterstützung von Entwöhnungsberatungen (MILLER & ROLLNICK 2002). Für die Anwendung zur Tabakkurzintervention in der zahnmedizinischen Praxis scheint eine «Kurzform», das sogenannte «Brief» Motivational Interviewing (BMI), geeignet zu sein (ROLLNICK et al. 1997). Dieses zielt darauf ab, in relativ kurzer Zeit (weniger als fünf Minuten) und in unaufdringlicher Weise 1) die Motivation des Patienten zur Verhaltensänderung zu erfragen, 2) das Selbstvertrauen des Patienten für das Gelingen der Verhaltensänderung zu ermitteln sowie 3) die Vereinbarung zu treffen, die Verhaltensänderung in einer weiteren Sitzung erneut zu besprechen.

Um diese Art Kommunikation zwischen Patient und Therapeut auf einfache Weise zu erklären, sind in Abbildung 4 zwei konstruierte Dialoge wiedergegeben. Das erste Gespräch blockiert eine optimale Beratung. Dadurch, dass die Therapeutin ihrem Patienten keine Möglichkeit gibt, seine Situation zu begründen, beginnt dieser sich zu verteidigen. Durch das Nennen seines gegenwärtigen Vorteils «Stressabbau» wird ein Umdenken in die Richtungen «sich Vorteile des Rauchstopps ins Bewusstsein holen» und «sich den Rauchstopp wünschen» bedeutend erschwert.

Erst im zweiten Gespräch gelingt es der Therapeutin durch das Stellen von «offenen» Fragen, denselben Patienten auf ihrer Seite zu haben. Dies sind sogenannte «W»-Fragen (Wie?, Was?, Wann?, usw.), die keine «Ja-» oder «Nein-Antwort» zulassen. Sie fragt lege artis nach 1) Motivation, 2) Selbstvertrauen und holt sich 3) die Vereinbarung ein, bei der nächsten Sitzung über dieses Thema erneut sprechen zu können. Auch wenn die Antworten des Patienten recht kurz ausfallen, kann dieser trotzdem seine Unsicherheit über einen weiteren Ausstiegsversuch zum Ausdruck geben. Die Therapeutin stärkt sein mangelndes Selbstvertrauen durch das Besprechen seiner Vorteile bei einem Rauchstopp. Dadurch ist der Boden für eine weiterführende Beratung beim nächsten Sitzungstermin geschaffen.

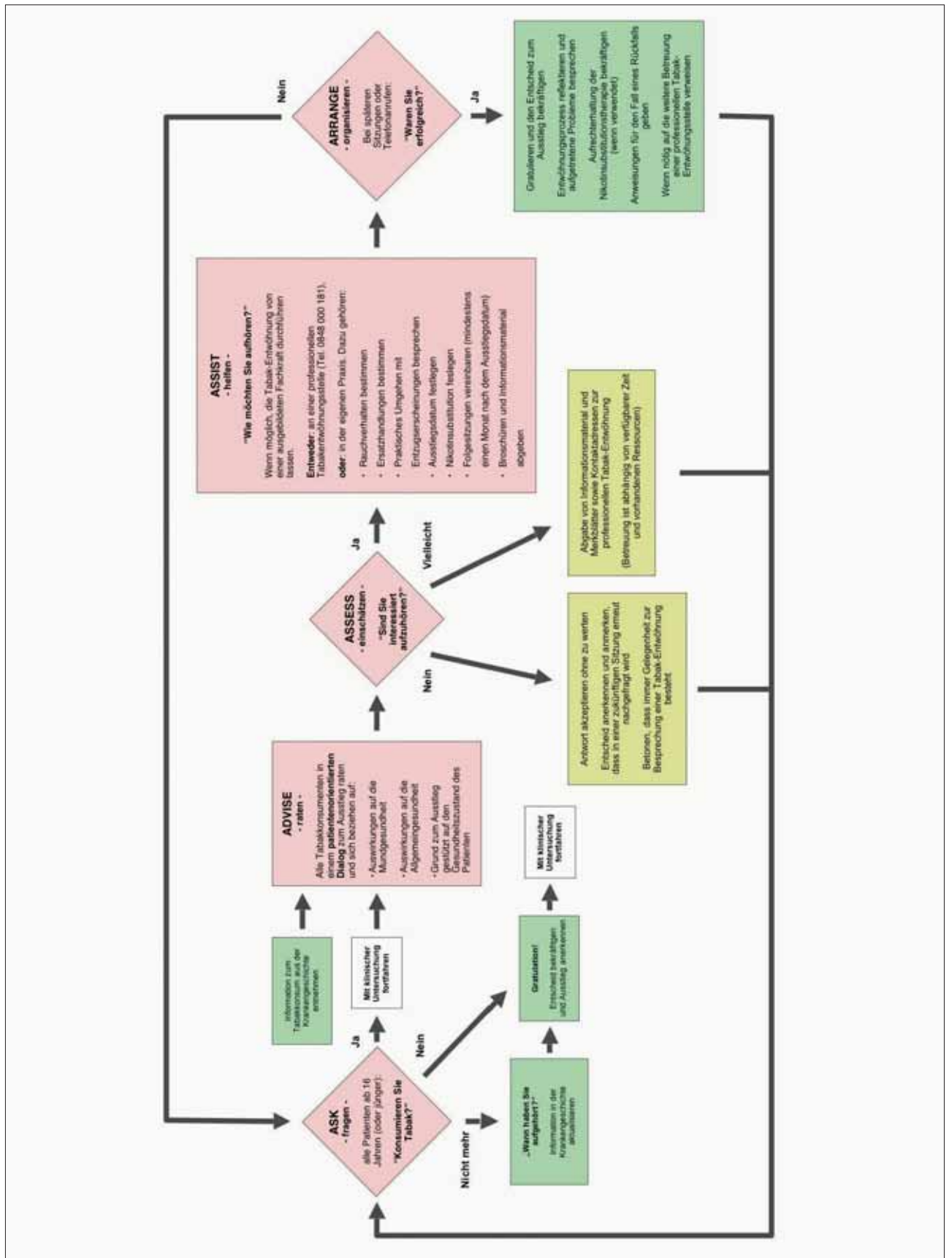


Abb.2 Schema der Tabakprävention und -entwöhnung in der zahnmedizinischen Praxis, modifiziert nach Ramseier et al. (RAMSEIER et al. 2006b).

Tabakkonsum Anamnese

Nachname / Vorname: _____ Datum: _____

1. Haben Sie in Ihrem Leben mehr als 200 Zigaretten geraucht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weiter mit Frage 6																
2. In welchem Alter haben Sie angefangen regelmässig zu rauchen?	Mit _____ Jahren																
3. Rauchen Sie gegenwärtig Zigaretten?	<input type="checkbox"/> ja, weiter mit Frage 5 <input type="checkbox"/> nein																
4. In welchem Jahr haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?	_____																
5. Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?	_____																
6. Haben Sie andere Tabakprodukte regelmässig konsumiert?	<input type="checkbox"/> nein, weiter mit Frage 8 <input type="checkbox"/> ja, folgende: <table style="margin-left: 20px; width: 100%; border: none;"> <tr> <td>Zigarre</td> <td><input type="checkbox"/> nie</td> <td><input type="checkbox"/> früher</td> <td><input type="checkbox"/> jetzt</td> </tr> <tr> <td>Pfeife</td> <td><input type="checkbox"/> nie</td> <td><input type="checkbox"/> früher</td> <td><input type="checkbox"/> jetzt</td> </tr> <tr> <td>Kautabak</td> <td><input type="checkbox"/> nie</td> <td><input type="checkbox"/> früher</td> <td><input type="checkbox"/> jetzt</td> </tr> <tr> <td>Anderes</td> <td><input type="checkbox"/> nie</td> <td><input type="checkbox"/> früher</td> <td><input type="checkbox"/> jetzt</td> </tr> </table>	Zigarre	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> jetzt	Pfeife	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> jetzt	Kautabak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> jetzt	Anderes	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> jetzt
Zigarre	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> jetzt														
Pfeife	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> jetzt														
Kautabak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> jetzt														
Anderes	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> jetzt														
7. Haben Sie bereits versucht, den Tabakkonsum einzustellen?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ein mal <input type="checkbox"/> 2 - 4 mal <input type="checkbox"/> mehr als 4 mal																
8. Denken Sie gegenwärtig darüber nach, den Tabakkonsum aufzugeben?	<input type="checkbox"/> nein, eigentlich nicht <input type="checkbox"/> ja, in den nächsten 6 Monaten																
9. Persönliche Angaben	Geburtsdatum: _____ <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich																

Abb. 3 Tabakkonsum-Anamnese

Zur Evaluation dieser Gesprächsführungsmethode für die Tabakentwöhnung gibt es bislang nur wenige Daten. In einer klinischen Studie an 200 Rauchern in allgemeinmedizinischer Betreuung konnten durch MI im Vergleich zur einem kurzen

Beratungsgespräch 5,2-mal mehr Patienten (18,4% bzw. 3,4%) erfolgreich entwöhnt werden (SORIA et al. 2006). Die Effektivität von MI sowie BMI zur Tabakentwöhnung sollte in der zahnmedizinischen Praxis noch weiter evaluiert werden.



Erstes Gespräch

- Dr. «Ich entnehme aus Ihrer Tabakkonsum-Anamnese, dass Sie rauchen.»
- P. «Ja.»
- Dr. «Ich lege Ihnen aus gesundheitlichen Gründen nahe, mit dem Rauchen aufzuhören.»
- P. «Ich weiss, dass es ungesund ist zu rauchen.»
- Dr. «Rauchen kann neben Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch Zahnfleischprobleme verursachen.»
- P. «Ich weiss es, aber ich kann jetzt nicht aufhören, und so schlimm steht es um meine Gesundheit ja auch wieder nicht.»
- Dr. «Das sehe ich anders. Sie haben seit Jahren eine chronische Parodontitis, und wenn Sie Ihre Zähne nicht verlieren wollen, dann sollten Sie ernsthaft darüber nachdenken, wie sie von der Zigarette wegkommen können.»
- P. «Aber ich kann und will jetzt nicht mit Rauchen aufhören. Es hilft mir, mich von meinem gegenwärtigen Stress zu entspannen.»



Zweites Gespräch

- Dr. «Gemäss ihrer Tabakkonsum-Anamnese rauchen Sie. Kann ich Ihnen dazu einige weitere Fragen stellen?»
- P. «Ja.»
- Dr. «Können Sie sich vorstellen, das Rauchen aufzugeben?»
- P. «Vielleicht.»
- Dr. «Sie könnten sich es vielleicht vorstellen. Wie wichtig wäre es für Sie, das Rauchen aufzugeben?»
- P. «Nicht sehr wichtig.»
- Dr. «Es ist ihnen nicht sehr wichtig. Welche Vorteile würden Sie für sich selbst aus einem Rauchstopp ziehen können?»
- P. «Ich denke, dass ich gesundheitlich profitieren würde. Ausserdem würde der unangenehme Geruch aus meinen Kleidern verschwinden.»
- Dr. «Sie sehen durchaus Vorteile. Wie gross schätzen Sie Ihre Chancen, dass Sie es schaffen könnten, das Rauchen aufzugeben?»
- P. «Nicht sehr gross. Ich rauche schon viele Jahre, und ich habe schon einen Rauchstoppversuch hinter mir.»
- Dr. «Ich höre, dass Sie unsicher sind. Ich denke, dass ich Ihnen bei einem nächsten Versuch helfen könnte. Ist es Ihnen recht, wenn ich Sie bei einer nächsten Sitzung wieder darauf ansprechen werde?»
- P. «Ja, das ist OK.»

Abb. 4 Gesprächsführung

Tabakentwöhnung Schritt für Schritt: «Assist»

Auch wenn eine Tabakentwöhnung lege artis nicht immer linear durchlaufen wird, so kann eine einfache Anleitung, entsprechend dem «Assist» (helfen) und «Arrange» (organisieren), zur Patientenbetreuung hinzugezogen werden (Abb. 2). Einige Raucher neigen dazu, in ihrer Bereitschaft, das Rauchen aufzugeben, leicht euphorisch zu agieren und zeitlich verfrüht, d. h. etwas unvorbereitet, zum nächsten Schritt überzugehen. Obwohl dies für einige Raucher erfolgreich sein kann (WEST & SOHAL 2006), benötigen wiederum andere eine mehr oder weniger starke Betreuung (FIORE et al. 2000, PROCHASKA & DICLEMENTE 1983). Diese kann sich individuell angepasst an den folgenden vier Schritten orientieren:

1. Schritt: Selbstkontrollblatt ausfüllen lassen

Jeder Raucher hat seine eigenen Rauchgewohnheiten. Um individuell die nötigen Verhaltensänderungen festzulegen, empfiehlt sich die Führung eines Selbstkontrollblattes (Abb. 5) während einigen Tagen, wobei alle Spalten lückenlos ausgefüllt werden sollen.

- Die Anweisung bis zum nächsten Termin: Jede gerauchte Zigarette zum Zeitpunkt des Rauchens eintragen und alle Spalten ausfüllen.

2. Schritt: Selbstkontrollblatt auswerten

Bei Durchsicht der Eintragungen zeigen sich Rauchmuster und Wertungen, die dem Patienten zuvor oft nicht bewusst waren. Daraus kann er Gewohnheitsänderungen ableiten, die für ihn nötig sind, um das Rauchverhalten möglichst entzugssymptomfrei abzulegen und durch neue Verhaltensmuster zu ersetzen. Während der Kontrollzeit ist es ratsam, den Zigarettenkonsum so weit zu senken, dass der «Verzicht» tragbar ist.

- «Zeit»: Patienten, die regelmässig über den Tag verteilt rauchen, wird primär empfohlen, die physischen Entzugserscheinungen mit Nikotindepotpflaster zu dämpfen. Wird nur zu bestimmten Zeiten geraucht, gilt die allgemeine Empfehlung, Nikotinkaudepots, -sublingualtabletten oder -lutschtabletten zu verwenden. Das festgestellte Rauchverhalten kann später im Formular «Empfehlung zur Verwendung der Nikotinsubstitution» (siehe unten) eingetragen werden.
- «Ort oder Tätigkeit» und «Begleitperson»: Die Anweisung bis zum nächsten Termin: Situationsveränderungen suchen. Bei-

SELBSTKONTROLLBLATT

Führen Sie über Ihren Zigarettenkonsum genau Buch

Datum: _____

Zig.	Zeit	Ort und Tätigkeit	Begleitperson	Wichtigkeit	Alternative
1					
2					
3					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Blatt Vorderseite

SELBSTKONTROLLBLATT

Führen Sie über Ihren Zigarettenkonsum genau Buch

Datum: _____

Zig.	Zeit	Ort und Tätigkeit	Begleitperson	Wichtigkeit	Alternative
11					
12					
13					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Blatt Rückseite

Abb. 5 Selbstkontrollblatt

spiel: Ungewohnten Platz mit anderen Kollegen zum Verbringen der Pause aufsuchen.

- «Wichtigkeit»: Anweisung zum nächsten Termin: «unwichtige» Zigaretten zu reduzieren versuchen.
- «Alternative»: Anweisung zum nächsten Termin: Der Patient soll versuchen, für ihn ganz persönliche Alternativen, sogenannte Ersatzhandlungen, zu finden, die ihm helfen können, das Rauchen zu unterlassen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass alternierend Hirn (mentale Ablenkung), Hände und Mund (physische Ablenkung) beschäftigt werden. Beispiele: Konzentrationsspiel, Geschicklichkeitsspiel oder Karotte essen (befriedigt wie das Nikotin das Zuckerbedürfnis). Keinesfalls Alternativen wählen, die das Rauchverhalten simulieren. Beispiel: Süßholzstengel kauen.

3. Schritt: Verhaltensänderungen und Nikotinabhängigkeit

Die Rauchgewohnheit erfolgreich durch andere Aktivitäten zu ersetzen, kann schwierig und oft zeitaufwendig sein. Der Patient soll dabei selbst eine Handlung nennen, die für ihn von Vorteil ist. Es könnte sich hier bewähren, weitere Konsultationen einzuplanen, damit diesem wichtigen Schritt die notwendige Zeit gegeben werden kann.

- Die gefundenen Ersatzmassnahmen festlegen.
- Die Nikotinabhängigkeit bestimmen: Diese kann mit zwei anamnestischen Fragen (Abb. 6) einfach festgestellt werden:
 1. «Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?» und
 2. «Wie viele Minuten nach dem Aufwachen morgens rauchen Sie die erste Zigarette?»

«Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?»	«Wie viele Minuten nach dem Aufwachen morgens rauchen Sie die erste Zigarette?»	Abhängigkeit
weniger als 10	> 60 Minuten	schwache Abhängigkeit
zwischen 10 und 20	30–60 Minuten	mässige Abhängigkeit
zwischen 20 und 30	5–30 Minuten	starke Abhängigkeit
mehr als 30	< 5 Minuten	sehr starke Abhängigkeit

Abb. 6 Fagerström-Test

Mit den Antworten aus diesen zwei Fragen können vier Abhängigkeitsstufen festgestellt werden, die mit sehr stark, stark, mässig oder schwach bezeichnet werden, wobei die Antwort mit der grössten Abhängigkeit die Gesamtabhängigkeit ergibt (FAGERSTROM 1978).

- Den Rauchstopftermin vereinbaren.

4. Schritt: Rauchstopftermin

Am Rauchstopftermin sollten die Patienten als «ehemalige Raucher» aus der zahnmedizinischen Praxis entlassen werden. Es kann dabei empfohlen werden, schriftlich eine Empfehlung zur individuellen Verwendung der Nikotinsubstitution der folgenden drei Monate abzugeben (Abb. 7).

- Die festgelegten Ersatzmassnahmen bestätigen oder neu definieren.
- Die Empfehlung der Nikotinsubstitution gemäss Rauchverhalten und Nikotinabhängigkeit abgeben (Abb. 7).

Rückfälle und Überweisung

Die Erfahrung hat gezeigt, dass Raucher mehrere Aufhörversuche angehen müssen, um erfolgreich ehemalige Raucher zu bleiben. 50%–60% anfänglich erfolgreicher Patienten werden innerhalb eines Jahres wieder rückfällig (FERGUSON et al. 2005, HAJEK et al. 2005). Obwohl es zurzeit keine evidenzbasierte Methode zur Verhinderung von Rückfällen gibt (HAJEK et al. 2005, LANCASTER et al. 2006), kann das zahnmedizinische Praxisteam seine Patienten auf ihrem Weg zum nächsten Versuch erneut begleiten. Andererseits kann an diesem Punkt auch eine Überweisung an eine spezialisierte Tabakentwöhnungsstelle (z. B. Rauchstopplinie der Schweiz 0848 000 181: professionelle Beratung und Vermittlung von regionalen Tabakpräventionsfachstellen), an den Hausarzt, den Apotheker oder an einen Psychotherapeuten in Betracht gezogen werden.

Nicotinsubstitution

Nikotinentzugssymptome können eine Tabakentwöhnung bedeutend erschweren. Die häufigsten davon sind Kopfschmerzen, Verdauungsbeschwerden, Schlafstörungen, Depressionen, verstärkter Appetit. Sie können bereits kurze Zeit nach dem letzten Tabakkonsum auftreten und bei Entzug mehrere Tage oder Wochen anhalten. Sie alle werden durch eine gezielt eingesetzte medikamentöse Therapie mit Nikotin, der so genannten Nikotinsubstitution, um einiges reduziert. Die Substitution kann ehemaligen Rauchern helfen, ihre Rauchgewohnheit abzulegen und die geplanten Ersatzmassnahmen als neue Gewohnheiten anzunehmen, ohne dabei dem physischen Verlangen nach Nikotin aus der Zigarette zu erliegen. Die Therapie mit nikotinhaltigen Medikamenten (z. B. Nicorette®, Johnson & Johnson, USA, Nicotinell®, Novartis, Schweiz) erhöht die Erfolgsrate um rund das Doppelte, wobei die Produkte Nikotinkaudepot, -sublin-

gualtablette und -Hautdepotpflaster vergleichbare Erfolgsraten haben (FIORE et al. 2000).

Wenn keine medizinische Kontraindikation besteht, kann eine Nikotinsubstitution von allen Patienten angewandt werden. Für Schwangere und Herz-Kreislauf-Patienten wird sie indes nur bedingt empfohlen. Die zur Verfügung stehende Literatur deutet jedoch darauf hin, dass der Nutzen der Nikotinsubstitution zur Tabakentwöhnung gegenüber der schädigenden Einwirkung eines fortgeführten Tabakkonsums überwiegt (FIORE et al. 2000).

Die besten Ergebnisse mit Nikotinpräparaten werden erzielt, wenn die Wahl des Präparates den Nikotinabhängigkeitsgrad und das Rauchverhalten berücksichtigt. Generell wird Patienten mit «starker» und «sehr starker» Nikotinabhängigkeit empfohlen, Nikotinpräparate kombiniert anzuwenden (Abb. 7). Die gewählten Produkte sollten während der gesamten Therapiedauer angewandt werden, wobei die Dosierung Monat um Monat verringert werden soll.

Nikotinkaudepots

Nikotinkaudepots sind in 2-mg- oder 4-mg-Dosen geschmacksfrei oder in unterschiedlichen Geschmacksrichtungen, z. B. Pfefferminz oder Citrus, erhältlich. Ein zu schnelles Kauen kann Reizungen in Mund und Hals sowie Magenbrennen, Schluckauf oder Übelkeit verursachen. Deshalb wird empfohlen, die Kauanleitung genau zu befolgen: Das Kaudepot wiederholt nur 10 Sekunden kauen, danach eine Minute in eine Wangentasche deponieren, danach wieder 10 Sekunden kauen und eine Minute in der anderen Wangentasche deponieren. So befolgt, kann ein Kaudepot rund 30 Minuten lang Nikotin abgeben. Weiter zu beachten ist, dass unmittelbar vor und während des Kauens nicht getrunken werden soll.

Patienten mit «starker» oder «sehr starker» Nikotinabhängigkeit (z. B. Raucher mit mehr als 20 Zigaretten pro Tag oder der ersten Zigarette innerhalb von 30 Minuten nach dem Aufwachen) beginnen die Behandlung mit 4 mg Kaudepot, weniger Nikotinabhängige mit 2 mg. Beim Auftreten von Verlangen zum Rauchen soll ein Kaudepot langsam gekaut werden. Die meisten Raucher benötigen 8 bis 12 Kaudepots täglich. Das Kaudepot kann auch nach Rauchstopp für längere Zeit griffbereit als «Auffangnetz» weiter bereitgehalten werden, um in kritischen Situationen einen Rückfall zu vermeiden.

Nicotinsublingualtablette

Die Nikotinsublingualtablette wird unter die Zunge gelegt, wo sie sich innerhalb von 30 Minuten auflöst. Sie wird oft anstelle von Kaudepots verwendet in Situationen, wo öffentliches Kauen vermieden werden soll.

Die Tablette sollte stündlich bis zweistündlich eingenommen werden. 8 bis 12 Tabletten sind normalerweise die adäquate Tagesdosis. Die maximale Dosis pro Tag sollte 24 Stück nicht

Empfehlung zur Verwendung der Nikotinsubstitution

Name: _____

Vorname: _____

Grad der Nikotinabhängigkeit:

- sehr stark
- mässig
- stark
- schwach

Tabak-Konsumverhalten:

- regelmässig über den Tag verteilt:
Empfehlung: Depotpflaster
- nur zu bestimmten Zeiten:
Empfehlung: Kaudepot

Ab 1. Tag Rauchstopp:

	Depotpflaster (mg/Tag)	Kaudepot (Anz./Tag)	andere (Anz./Tag)
1. Monat			
2. Monat			
3. Monat			
Ab 4. Monat			

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Nikotinsubstitution	schwache Nikotin- abhängigkeit	mässige Nikotin- abhängigkeit	starke Nikotin- abhängigkeit	sehr starke Nikotin- abhängigkeit
Depotpflaster			in Kombination mit anderem Nikotinpräparat	in Kombination mit anderem Nikotinpräparat
Kaudepot	2 mg	2 mg	4 mg	4 mg
Sublingualtablette			in Kombination mit Pflaster	in Kombination mit Pflaster

Abb.7 Die Empfehlung zur Verwendung der Nikotinsubstitution

überschreiten. Die Tablette soll nicht gelutscht, gekaut oder verschluckt werden, weil Nikotin, welches in den Magen gerät, Schluckauf und Magenbrennen verursachen kann.

Nikotindepotpflaster

Die Absorption des Nikotins aus dem Nikotindepotpflaster durch die Haut verläuft relativ langsam. Die höchste Nikotinkonzentration im Blut wird gewöhnlich innerhalb von 4 bis 9 Stunden erreicht. Aus diesem Grund eignet sich das Nikotin-Depotpflaster für ehemalige Raucher, die gleichmässig über den Tag verteilt geraucht haben.

Da die Nikotinplasmakonzentration rund 9 Stunden nach dem Aufkleben des Depotpflasters wieder abfällt, wird bei starken Rauchern eine Kombination mit einem anderen nikotinhaltem Medikament, wie beispielsweise dem Kaudepot oder der Sublingualtablette, empfohlen.

Das Pflaster wird auf gereinigte, trockene und intakte Haut, z. B. an einer unbehaarten Stelle an Oberarm, Brust oder Hüfte, geklebt. Die häufigsten Nebenwirkungen des Depotpflasters sind Hautirritationen, denen durch das Wechseln der Applikationsstelle entgegengewirkt werden kann.

Zur Anwendung der Nikotindepotpflaster sollten die Anweisungen des Herstellers genau befolgt werden. In den meisten Fällen wird täglich ein Pflaster geklebt, das für den ersten, zweiten und dritten Monat eine absteigende Menge an Nikotin, z. B. 15 mg/16 Std., danach 10 mg/16 Std. und 5 mg/16 Std., freibt.

Bupropion

Sustained-Release Bupropion (Bupropion SR) ist ein nicht nikotinhaltes Medikament (Zyban®, Wellbutrin®, GlaxoSmithKline, USA) für die Tabakentwöhnung. In seiner Wirkung wird die neuronale Wiederaufnahme von Catecholaminen selektiv gehemmt. Dadurch erhöhen sich die Catecholaminspiegel in bestimmten Hirnregionen, was bei einer Tabakentwöhnung zur Minderung von Entzugssymptomen führt.

Die Dauer der Therapie mit Bupropion SR beträgt 7 Wochen. Zur vollständigen Erreichung der therapeutischen Wirkung von Bupropion SR wird bei Therapiebeginn während zwei Wochen ein therapeutischer Blutplasmaspiegel aufgebaut. Erst danach sollen Anwender den Tabakkonsum einstellen. Während der ersten 6 Tage erfolgt die Einnahme einer Tablette zu 150 mg pro Tag und ab dem 7. Tag zweimal täglich eine Tablette zu 150 mg.

Die Wirksamkeit von Bupropion SR wurde allein und in Kombination mit der Nikotinsubstitution in Placebo-kontrollierten Doppelblindstudien mit nichtdepressiven Zigarettenrauchern untersucht (HOLM & SPENCER 2000). Die Abstinenzraten bei der Anwendung von Bupropion allein betragen 12 Monate nach Rauchstopp 23,1% (HURT et al. 1997) und 35,5% 12 Monate nach der Anwendung von Bupropion in Kombination mit nikotinhaltem Medikamenten (JORENBY et al. 1999).

Die häufigsten unerwünschten Nebenwirkungen von Bupropion sind Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Mundtrockenheit. Auf die gleichzeitige Einnahme von Psychopharmaka oder Cortison sollte verzichtet werden. Kontraindikationen bestehen bei Patienten mit bekannter Bulimie, Anorexia nervosa, und bei Epileptikern, da bei diesen Patienten ein erhöhtes Risiko für epileptische Anfälle festgestellt wurde. Schwangeren wird die Einnahme von Bupropion nicht empfohlen, da seine Sicherheit während einer Schwangerschaft in klinischen Studien bisher nicht untersucht worden ist.

Vareniclin

Vielversprechende Ergebnisse liegen zu einem kürzlich von US-amerikanischen Behörden zugelassenen Medikament mit dem Wirkstoff Vareniclin (Chantix®, Pfizer Inc., USA) vor. In der Schweiz wird die Zulassung unter dem Handelsnamen Champix® ab Mitte 2007 erwartet. Vareniclin wurde spezifisch zur Raucherentwöhnung entwickelt und weist einen neuartigen dualen Wirkungsmechanismus auf. Es bindet als partieller Agonist mit hoher Affinität an die $\alpha 4\beta 2$ nikotinergen Acetylcholinrezeptoren im zentralen Nervensystem. Dadurch wird einerseits die Bindung des Nikotins verhindert und damit das durch den Tabakkonsum erzeugte Wohlgefühl blockiert, andererseits wird durch seine Bindung gleichzeitig ein ausreichender Effekt hervorgerufen, der die Symptome des Verlangens und des Entzugs mindern kann (COE et al. 2005, KEATING & SIDDIQUI 2006).

Die Dauer der Therapie mit Vareniclin beträgt drei Monate und kann bei Bedarf um weitere 3 Monate verlängert werden. Zum Aufbau des therapeutischen Blutplasmaspiegels wird das Medikament für eine Woche mit einer aufsteigenden Dosierung eintitriert. Erst ab der zweiten Woche sollen Anwender den Tabakkonsum einstellen. Ab dem 7. Tag werden für weitere 11 Wochen täglich zwei Tabletten zu 1 mg eingenommen. Den Patienten steht ein vom Hersteller eigens für Vareniclin-Benutzer ausgearbeitetes Leitungsprogramm zur Verhaltensänderung zur Verfügung.

Die Ergebnisse aus fünf klinischen Studien an insgesamt rund 4300, zumeist starken, langjährigen Rauchern zeigen ein Jahr nach Rauchstopp eine signifikant bessere Erfolgsrate mit Vareniclin (14,4–23%) gegenüber Bupropion (6,3–16,1%) (GONZALES et al. 2006, JORENBY et al. 2006, NIDES et al. 2006) sowie Placebo (3,9–10,3%) (ONCKEN et al. 2006). Bei der Einnahme von Vareniclin über eine Therapiedauer von 6 Monaten konnte sogar eine Einjahres-Erfolgsrate von 43,6% erreicht werden (TONSTAD et al. 2006).

Die häufigsten unerwünschten Nebenwirkungen von Vareniclin sind Schwindel, Schlafstörungen, Verdauungsstörungen und Erbrechen. Patienten mit Niereninsuffizienz sowie Schwangeren wird die Therapie mit Vareniclin nicht empfohlen. Interaktionen mit anderen Medikamenten sind bisher nicht bekannt. Wie Bupropion bleibt das rezeptpflichtige Vareniclin der Verschreibung durch Ärzte vorenthalten.

Aus- und Weiterbildung von zahnmedizinischem Personal in der Schweiz

In den Jahren 2001 bis 2006 hat die Task force des Projekts «Rauchen – Intervention in der zahnmedizinischen Praxis» gezielt darauf hingearbeitet, die Tabakkurzintervention sowie die Tabakentwöhnung in der Aus- und Weiterbildung zahnmedizinischer Berufe in der Schweiz zu integrieren. Nationale Vorträge an den Kongressen der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO (Luzern 2003, IFW Basel 2005), der Schweizerischen Gesellschaft für Parodontologie SSP (St. Gallen 2003), an alle Zahnarztpraxen der Schweiz versendete Manuale in deutscher und französischer Sprache (1. Auflage 2002, 2. Auflage 2003), die Anpassung der Curricula für Zahnärzte, Dentalhygienikerinnen (DH), Prophylaxeassistentinnen (PA) und Dentalassistentinnen (DA) an allen Schweizer Universitäten sowie DH-, PA- und DA-Schulen, wie auch ein Lernvideo auf DVD, haben bei der Verbreitung der in diesem Artikel vorgeschlagenen Methoden helfen können. Durch die enge Zusammenarbeit der Task force mit den Schweizer Hochschulen, den zahnmedizinischen Berufsschulen

sowie den Fachgesellschaften werden diese Lehrinhalte in der gesamten Schweiz auch in Zukunft laufend aktualisiert.

Schlussfolgerung

Aufgrund der neueren Erkenntnisse der letzten fünf Jahre über die nachgewiesene Erholung der Mundschleimhaut und des Parodonts nach Tabakentzug kommt der Beratung zur Verhaltensänderung in der Zahnmedizin eine neue und bedeutende Rolle zu. Obwohl die Erfolgsraten einer zahnmedizinischen Tabakentwöhnung auf den ersten Blick einen relativ bescheidenen Eindruck machen, so sind sie nachgewiesenermassen mit der Wirksamkeit einer professionellen Beratung von Ärzten und Psychotherapeuten vergleichbar. Eine gewisse Problematik stellen indessen allgemeine Hindernisse dar, wie die fehlende Möglichkeit, die Beratungszeit abrechnen zu können, oder die mangelnde Ausbildung zur Tabakentwöhnung. Betrachtet man jedoch den relativ geringen Zeitaufwand einer Tabak-Kurzintervention (maximal 5 Minuten) und der Entwöhnungsberatung (bis zu vier Sitzungen zu 15 Minuten) und vergleicht dies mit der wohl absehbaren Chance, einem Tabakkonsumenten zum Rauchstopp verhelfen zu können, so lohnt sich dieser Aufwand mittelfristig sowohl für dessen orale Gesundheit als auch seinen Allgemeinzustand. Langfristig wird selbst die öffentliche Gesundheit profitieren, da auch durch die gegenwärtigen Entwöhnungserfolge des zahnmedizinischen Praxisteams die Reduktion der Kosten im Gesundheitswesen signifikant sein kann.

Abstract

RAMSEIER C A, BORNSTEIN M M, SAXER U P, KLINGLER K, WALTER C: **Tobacco use prevention and cessation in the dental practice** (in German). Schweiz Monatsschr Zahnmed 117: 253–266 (2007)

This is the fourth part of a series of publications from the Swiss task force named "Smoking – Intervention in the private dental office" on the topic "tobacco use and dental medicine". It presents the implementation of tobacco use prevention and cessation in the dental practice. Next to the optimal performance of plaque control, tobacco use cessation has become the most important measure for the treatment of periodontal diseases. In contrast to general medicine practice, the dental practice team is seeing its patients regularly and is therefore capable of helping their patients quit tobacco use. Tobacco dependence consists of both a physical and a psychological dependence. Therefore, the combination of pharmacotherapy with behavior change counseling is recommended. The use of brief Motivational Interviewing (BMI) for tobacco use short interventions in the dental practice appears to be suitable. Nicotine replacement therapy (NRT) is the treatment of choice for the dental practice team because both Varenicline and Bupropion SR have to be prescribed by physicians.

Verdankungen

Diese Arbeit entstand im Rahmen des Projekts «Rauchen – Intervention in der zahnmedizinischen Praxis» des Nationalen Rauchstoppprogramms «Rauchen schadet – Let it be». Wir danken Christine Gafner und Michaela Bügel für die aufmerksame Durchsicht des Manuskripts sowie Dr. Thomas Dietrich, Goldman School of Dental Medicine, Boston University, USA, für die freundliche Unterstützung bei der Zusammenstellung der evidenzbasierten Tabakkonsum-Anamnese.

Literatur

- AL-SHAMMARI K F, MOUSSA M A, AL-ANSARI J M, AL-DUWAIRY Y S, HONKALA E J: Dental patient awareness of smoking effects on oral health: Comparison of smokers and non-smokers. *J Dent* 34: 173–178 (2006)
- BAIN C A: Smoking and implant failure – benefits of a smoking cessation protocol. *Int J Oral Maxillofac Implants* 11: 756–759 (1996)
- BERGSTROM J, ELIASSON S, DOCK J: A 10-year prospective study of tobacco smoking and periodontal health. *J Periodontol* 71: 1338–1347 (2000)
- BOLIN A, EKLUND G, FRITHIOF L, LAVSTEDT S: The effect of changed smoking habits on marginal alveolar bone loss. A longitudinal study. *Swed Dent J* 17: 211–216 (1993)
- BORNSTEIN M M, KLINGLER K, SAXER U P, WALTER C, RAMSEIER C A: Tabakassoziierte Veränderungen der Mundhöhlenschleimhaut. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 116: 1261–1274 (2006)
- CARR A B, EBBERT J O: Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev*: CD005084 (2006)
- CHRISTEN A G, McDONALD J L, JR., OLSON B L, DROOK C A, STOOKEY G K: Efficacy of nicotine chewing gum in facilitating smoking cessation. *J Am Dent Assoc* 108: 594–597 (1984)
- COE J W, BROOKS P R, VETELINO M G, WIRTZ M C, ARNOLD E P, HUANG J, SANDS S B, DAVIS T I, LEBEL L A, FOX C B, SHRIKHANDE A, HEYM J H, SCHAEFFER E, ROLLEMA H, LU Y, MANSBACH R S, CHAMBERS L K, ROVETTI C C, SCHULZ D W, TINGLEY F D, 3RD, O'NEILL B T: Varenicline: an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *J Med Chem* 48: 3474–3477 (2005)
- COOPER T M, CLAYTON R R: Stop-smoking program using nicotine reduction therapy and behavior modification for heavy smokers. *J Am Dent Assoc* 118: 47–51 (1989)
- DE STEFANI E, BOFFETTA P, OREGGIA F, MENDILAHARSU M, DENEOPPELLEGRINI H: Smoking patterns and cancer of the oral cavity and pharynx: a case-control study in Uruguay. *Oral Oncol* 34: 340–346 (1998)
- DIETRICH T, HOFFMANN K: A comprehensive index for the modeling of smoking history in periodontal research. *J Dent Res* 83: 859–863 (2004)
- DI FRANZA J R, WELLMAN R J: A sensitization-homeostasis model of nicotine craving, withdrawal, and tolerance: integrating the clinical and basic science literature. *Nicotine Tob Res* 7: 9–26 (2005)
- EISENBERG D, QUINN B C: Estimating the effect of smoking cessation on weight gain: an instrumental variable approach. *Health Serv Res* 41: 2255–2266 (2006)
- FAGERSTROM K O: Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 3: 235–241 (1978)
- FERGUSON J, BAULD L, CHESTERMAN J, JUDGE K: The English smoking treatment services: one-year outcomes. *Addiction* 100 Suppl 2: 59–69 (2005)
- FILOZOF C, FERNANDEZ PINILLA M C, FERNANDEZ-CRUZ A: Smoking cessation and weight gain. *Obes Rev* 5: 95–103 (2004)
- FIGUEROA M C, BAILEY W C, COHEN S J, FAITH DORFMAN S, GOLDSTEIN M G, GRITZ E R, HEYMAN R B, ROBERTO JAEN C, KOTTKE T E, LANDO H A, MECKLENBURG R E, DOLLAN MULLEN P, NETT L M, ROBINSON L, STITZER M L, TOMMASIELLO A C, VILLEJO L, WEWERS M E: US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respir Care* 45: 1200–1262 (2000)

- GERBERT B, COATES T, ZAHND E, RICHARD R J, CUMMINGS S R: Dentists as smoking cessation counselors. *J Am Dent Assoc* 118: 29–32 (1989)
- GONZALES D, RENNARD S I, NIDES M, ONCKEN C, AZOULAY S, BILLING C B, WATSKY E J, GONG J, WILLIAMS K E, REEVES K R: Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Jama* 296: 47–55 (2006)
- GROSSI S G, ZAMBON J, MACHTEI E E, SCHIFFERLE R, ANDREANA S, GENCO R J, CUMMINS D, HARRAP G: Effects of smoking and smoking cessation on healing after mechanical periodontal therapy. *J Am Dent Assoc* 128: 599–607 (1997)
- HABER J, WATTLES J, CROWLEY M, MANDELL R, JOSHIPURA K, KENT R L: Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for periodontitis. *J Periodontol* 64: 16–23 (1993)
- HAJEK P, STEAD L F, WEST R, JARVIS M: Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*: CD003999 (2005)
- HEASMAN L, STACEY F, PRESHAW P M, MCCrackEN G I, HEPBURN S, HEASMAN P A: The effect of smoking on periodontal treatment response: a review of clinical evidence. *J Clin Periodontol* 33: 241–253 (2006)
- HOGG R C, RAGGENBASS M, BERTRAND D: Nicotinic acetylcholine receptors: from structure to brain function. *Rev Physiol Biochem Pharmacol* 147: 1–46 (2003)
- HOLM K J, SPENCER C M: Bupropion: a review of its use in the management of smoking cessation. *Drugs* 59: 1007–1024 (2000)
- HUGHES F J, SYED M, KOSHY B, BOSTANCI N, MCKAY I J, CURTIS M A, MARCENES W, CROUCHER R E: Prognostic factors in the treatment of generalized aggressive periodontitis: II. Effects of smoking on initial outcome. *J Clin Periodontol* 33: 671–676 (2006)
- HURT R D, SACHS D P, GLOVER E D, OFFORD K P, JOHNSTON J A, DALE L C, KHAYRALLAH M A, SCHROEDER D R, GLOVER P N, SULLIVAN C R, CROGHAN I T, SULLIVAN P M: A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 337: 1195–1202 (1997)
- JORENBY D E, HAYS J T, RIGOTTI N A, AZOULAY S, WATSKY E J, WILLIAMS K E, BILLING C B, GONG J, REEVES K R: Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Jama* 296: 56–63 (2006)
- JORENBY D E, LEISCHOW S J, NIDES M A, RENNARD S I, JOHNSTON J A, HUGHES A R, SMITH S S, MURAMOTO M L, DAUGHTON D M, DOAN K, FIORE M C, BAKER T B: A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 340: 685–691 (1999)
- JUDGE K, BAULD L, CHESTERMAN J, FERGUSON J: The English smoking treatment services: short-term outcomes. *Addiction* 100 Suppl 2: 46–58 (2005)
- KALDAHL W B, JOHNSON G K, PATIL K D, KALKWARF K L: Levels of cigarette consumption and response to periodontal therapy. *J Periodontol* 67: 675–681 (1996)
- KEATING G M, SIDDIQUI M A: Varenicline: a review of its use as an aid to smoking cessation therapy. *CNS Drugs* 20: 945–960 (2006)
- KLEIN J A, GUBA C J: Helping patients quit smoking: the role of the dental assistant. *Dent Assist* 58: 13–16 (1989)
- KRALL E A, DAWSON-HUGHES B, GARVEY A J, GARCIA R I: Smoking, smoking cessation, and tooth loss. *J Dent Res* 76: 1653–1659 (1997)
- LANCASTER T, HAJEK P, STEAD L F, WEST R, JARVIS M J: Prevention of relapse after quitting smoking: a systematic review of trials. *Arch Intern Med* 166: 828–835 (2006)
- MILLER W R, ROLLNICK S (2002). *Motivational Interviewing*: Guilford Press, New York.
- NEEDLEMAN I, WARNAKULASURIYA S, SUTHERLAND G, BORNSTEIN M M, CASALS E, DIETRICH T, SUVAN J: Evaluation of tobacco use cessation (TUC) counselling in the dental office. *Oral Health Prev Dent* 4: 27–47 (2006)
- NIDES M, ONCKEN C, GONZALES D, RENNARD S, WATSKY E J, ANZIANO R, REEVES K R: Smoking cessation with varenicline, a selective $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist: results from a 7-week, randomized, placebo- and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up. *Arch Intern Med* 166: 1561–1568 (2006)
- ONCKEN C, GONZALES D, NIDES M, RENNARD S, WATSKY E, BILLING C B, ANZIANO R, REEVES K: Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, varenicline, for smoking cessation. *Arch Intern Med* 166: 1571–1577 (2006)
- PAULANDER J, WENNSTROM J L, AXELSSON P, LINDHE J: Some risk factors for periodontal bone loss in 50-year-old individuals. A 10-year cohort study. *J Clin Periodontol* 31: 489–496 (2004)
- PRESHAW P M, HEASMAN L, STACEY F, STEEN N, MCCrackEN G I, HEASMAN P A: The effect of quitting smoking on chronic periodontitis. *J Clin Periodontol* 32: 869–879 (2005)
- PROCHASKA J O, DiCLEMENTE C C: Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 51: 390–395 (1983)
- RAMSEIER C: Smoking prevention and cessation. *Oral Health & Preventive Dentistry Supplement* 1: 427–439 (2003)
- RAMSEIER C A: Potential impact of subject-based risk factor control on periodontitis. *J Clin Periodontol* 32 Suppl 6: 283–290 (2005)
- RAMSEIER C A, CHRISTEN A, MCGOWAN J, MCCARTAN B, MINENNA L, OHRN K, WALTER C: Tobacco use prevention and cessation in dental and dental hygiene undergraduate education. *Oral Health Prev Dent* 4: 49–60 (2006a)
- RAMSEIER C A, MATTHEOS N, NEEDLEMAN I, WATT R, WICKHOLM S: Consensus report: First European Workshop on Tobacco Use Prevention and Cessation for Oral Health Professionals. *Oral Health Prev Dent* 4: 7–18 (2006b)
- ROLLNICK S, BUTLER C C, STOTT N: Helping smokers make decisions: the enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient Educ Couns* 31: 191–203 (1997)
- SAXER U P, WALTER C, BORNSTEIN M M, KLINGLER K, RAMSEIER C A: Einfluss des Tabakkonsums auf das Parodont – ein Update (II). 117: 153–169 (2007)
- SEVERSON H H, ANDREWS J A, LICHTENSTEIN E, GORDON J S, BARCKLEY M F: Using the hygiene visit to deliver a tobacco cessation program: results of a randomized clinical trial. *J Am Dent Assoc* 129: 993–999 (1998)
- SORIA R, LEGIDO A, ESCOLANO C, LOPEZ YESTE A, MONTOYA J: A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *Br J Gen Pract* 56: 768–774 (2006)
- SVENSSON T H, GRENHOFF J, ENGBERG G: Effect of nicotine on dynamic function of brain catecholamine neurons. *Ciba Found Symp* 152: 169–180; discussion 180–165 (1990)
- TONSTAD S, TONNESSEN P, HAJEK P, WILLIAMS K E, BILLING C B, REEVES K R: Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *Jama* 296: 64–71 (2006)
- WALTER C, SAXER U P, BORNSTEIN M M, KLINGLER K, RAMSEIER C A: Einfluss des Tabakkonsums auf das Parodont – ein Update (I). *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 117: 45–60 (2007)
- WANG H, SUN X: Desensitized nicotinic receptors in brain. *Brain Res Brain Res Rev* 48: 420–437 (2005)

WARNAKULASURIYA S: Effectiveness of tobacco counseling in the dental office. *J Dent Educ* 66: 1079–1087 (2002)

WATT R, ROBINSON M (1999). *Helping Smokers To Stop: A guide for the dental team*. London: Health Education Authority.

WEST R, SOHALT: “Catastrophic” pathways to smoking cessation: findings from national survey. *Bmj* 332: 458–460 (2006)

WICKHOLM S, McEWEN A, FRIED J, JANDA M, KNEVEL R, LADRACH E, PERSSON L: Continuing education of tobacco use cessation (TUC) for dentists and dental hygienists. *Oral Health Prev Dent* 4: 61–70 (2006)

ZHANG H, SULZER D: Frequency-dependent modulation of dopamine release by nicotine. *Nat Neurosci* 7: 581–582 (2004)