

Tabakentwöhnung in der stationären Behandlung Alkoholabhängiger – Überprüfung der Ergebnisqualität und erste altersspezifische Befunde

Martin Wallroth, Gesa Mühlenberg

1. Ausgangssituation

Wie bereits früher an dieser Stelle berichtet hat die Fachklinik Tönisstein die Behandlung der Tabakabhängigkeit ihrer alkoholabhängigen Patienten zu ihrem besonderen Anliegen gemacht (Schneider und Wallroth 2005a; vgl. auch Schneider und Wallroth 2005b sowie Wallroth, Schneider und Gänsicke 2007). Insbesondere drei Gründe sprechen dafür, diesem Thema eine hohe Priorität in einem umfassenden, sowohl die Behandlung der Suchterkrankung im Speziellen als auch die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Patienten im Allgemeinen beinhaltenden Rehabilitationskonzept einzuräumen:

Zunächst ist empirisch gut belegt, dass sich die bekannten gesundheitsschädlichen Folgen des Tabakkonsums im Falle einer kombinierten Alkohol- und Tabakabhängigkeit wechselseitig verstärken, ja zum Teil sogar potenzieren. Dies gilt insbesondere für Erkrankungen des oberen Verdauungstraktes. In diesem Bereich lässt sich zum Teil eine Vervielfachung der durch das Rauchen allein bereits deutlich erhöhten Krebsrisiken bei gleichzeitig vorliegender Alkoholabhängigkeit nachweisen (vgl. dazu etwa die Angaben in Batra und Buchkremer 2004 sowie in Kröger und Lohmann 2007).

Darüber hinausgehend ist von einer deutlichen Sucht begünstigenden Wechselwirkung der beiden Suchterkrankungen auszugehen, die von der Ebene des Verhaltens und Erlebens und entsprechender Lernprozesse bis zu zugrunde liegenden biochemischen Prozessen reichen dürfte und sich auch in der wechselseitigen Beeinflussung von Rückfallrisiken dokumentiert (vgl. dazu Kröger und Lohmann 2007, S.18 f. sowie die unter Punkt 5 aufgeführten eigenen Befunde).

Schließlich – und damit zusammenhängend – findet sich in der Teilgruppe der alkoholabhängigen Patienten eine doppelt bis dreifach erhöhte Prävalenz der Tabakabhängigkeit, die sich auch in eigenen Befunden deutlich dokumentiert: In der klinikeigenen, bereits seit März 2003 laufenden und mittlerweile bis zum April 2008 reichenden kontinuierlichen Erfassung von Tabakdaten in der Basisdokumentation Sucht und in routinemäßigen Katamneseerhebungen pendelt sich der Anteil der

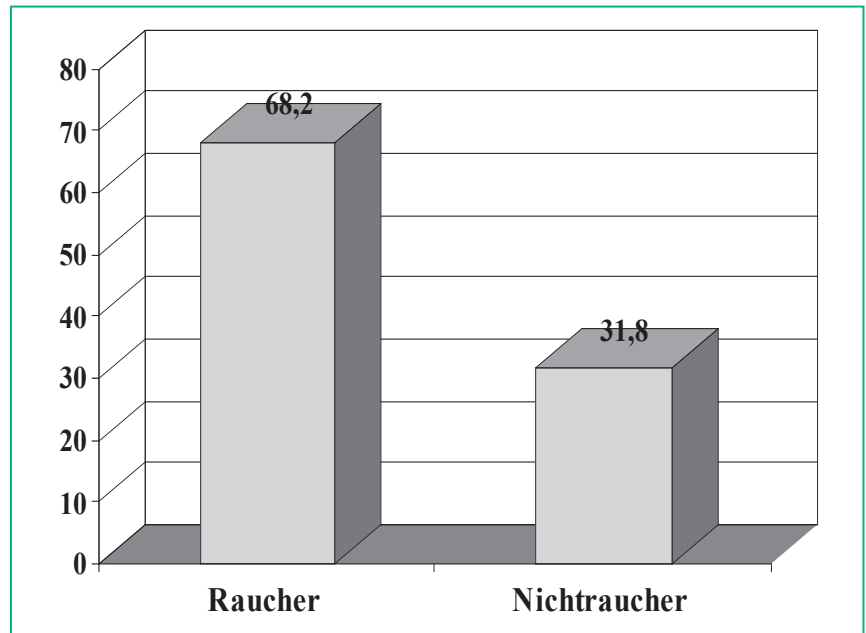


Abbildung 1: Verteilung Raucher-Nichtraucher bei Behandlungsbeginn (n=2334)

Raucher unter den alkoholabhängigen Patienten mit fast 70 Prozent bei einem Wert ein, der mindestens doppelt so hoch liegt wie in der Durchschnittsbevölkerung (vgl. dazu Abbildung 1). Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich aufgrund des kurzzeit-therapeutischen Settings um im Regelfall beruflich und sozial noch gut integrierte Patienten mit noch vergleichsweise wenig chronifizierter Abhängigkeitserkrankung handelt. Bei Langzeitpatienten mit weiter chronifizierter Problematik und erst recht im Falle unbehandelter Alkoholabhängigkeit ist von Prävalenzen auszugehen, die deutlich über 90 Prozent liegen.

2. Erweiterte Maßnahmen

Angesichts der angeführten Fakten zum Zusammenhang von Alkohol- und Tabakabhängigkeit lässt sich aus Behandlersicht für den Fall einer ausschließlichen Behandlung der Alkoholabhängigkeit zugespitzt und provokativ behaupten: Der typische weiterrauchende „trockene“ Alkoholiker stirbt an einer tabakassoziierten Folgeerkrankung. Und dies berücksichtigt noch nicht, dass die alkoholbezogene Abstinenzprognose durch das Weiterrauchen negativ beeinflusst wird (s. Abschnitt 5). Es besteht also

dringender Handlungsbedarf, auf den die Fachklinik Tönisstein nunmehr schon seit einer Reihe von Jahren mit der konsequenten Umsetzung einer auf die Integration der Behandlung der Tabakabhängigkeit in das Gesamt-Behandlungskonzept ausgelegten Tabakpolitik reagiert (vgl. bereits Schneider und Wallroth 2005a).

Diese umfasst einerseits die ausführliche Erstellung einer tabakbezogenen Anamnese und Diagnostik sowie die ausdrückliche Berücksichtigung der Tabakproblematik in der Behandlungsplanung und -durchführung. Die Maßnahmen, die durch die Diagnose einer Abhängigkeit oder auch eines schädlichen Gebrauchs von Tabak ausgelöst werden, reichen von der Information in ärztlichen und therapeutischen Beratungsgesprächen und Vorträgen über die Integration des Themas in die Stammgruppentherapie der Patienten bis zur verpflichtenden Einteilung aller Patienten mit entsprechender Diagnose in spezielle Indikative Gruppen. Diese fokussieren je nach Motivationslage der Betroffenen den Aspekt der Information und Motivation oder den Aspekt der konkreten Umsetzung eines Tabakstopps (Gruppe „Tabakabhängigkeit“ bzw. Gruppe „Nichtrauchertraining“ – mit erwünschtem Übergang

aus der ersten in die zweite Gruppe). Alle Schritte des Prozesses einschließlich der erreichten Ergebnisse bei Behandlungsende und ein Jahr danach werden erfasst und dokumentiert (tabakbezogene Fragebogeninstrumente, Berichtswesen, Basisdokumentation, Katamneseerhebungen).

Neben diesen Maßnahmen lag der entscheidende Veränderungsfokus der letzten Jahre auf der Umsetzung einer über die Tabakentwöhnungsmaßnahmen im engeren Sinne hinausgehenden allgemeinen Nichtraucher-Politik. Diese beinhaltet neben der weiteren rigorosen Einschränkung des verbliebenen Raucherbereiches außerhalb des Klinikgebäudes und der Einrichtung eines entsprechend ausgewiesenen und ansprechend gestalteten Nichtraucher-Raumes im Gebäude sowie eines ebensolchen Platzes im Freien die konsequente Vertretung einer Nichtraucher-Kultur nach Innen (Patienten und Mitarbeiter) und vor allem auch nach Außen (Vorbehandler, Kooperationspartner, breitere Öffentlichkeit) durch eine entsprechende Informationspolitik (Veröffentlichungen, Veranstaltungen, Vorträge). Angestoßen wurde diese erweiterte Nichtraucher-Politik nicht zuletzt durch die Teilnahme an einer entsprechend angelegten Interventionsstudie des Instituts für Therapieforschung in München (vgl. Kühnel et al. 2007) und die aktive Mitgliedschaft als silberzertifizierte Klinik im „Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser“. Im Hintergrund steht dabei die Vision, dass – entgegen landläufiger Vorurteile und Widerstände – die konsequente Einbeziehung der Tabakentwöhnung und der Ausrichtung auf ein rauchfreies Leben in den Maßnahmenkatalog der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen zunehmend zur Selbstverständlichkeit werden soll.

3. Verbesserte Ausgangsmotivation

Dass die weiter verbesserte Nichtraucher-Politik der Fachklinik Tönisstein – sicherlich getragen von einem gesamtgesellschaftlichen Trend hin zu einem geschärften Problembewusstsein bezüglich der Gefahren des Rauchens und hin zu einer verstärkten Nichtraucher-Kultur – zunehmend Früchte trägt, mag einer der Gründe sein, warum neuere eigene Daten mit 24 Prozent aufhörwilligen rauchenden Patienten bei Behandlungsbeginn eine Verdoppelung der Zahlen gegenüber den Befunden von 2005 ausweisen. Auch nähert sich nach diesen aktuellen Befunden die Zahl derjenigen Patienten, die grundsätzlich zu einer Veränderung ihres Rauchverhaltens bereit sind (Stopp oder Reduktion) erstmals mit fast 47 Prozent der Fünfzig-Prozent-Marke (vgl. Abbildung 2).

Gemessen an der traditionell dieser notorisch „schwierigen“ Klientel der alkoholabhängigen Raucher unterstellten Abwehr-

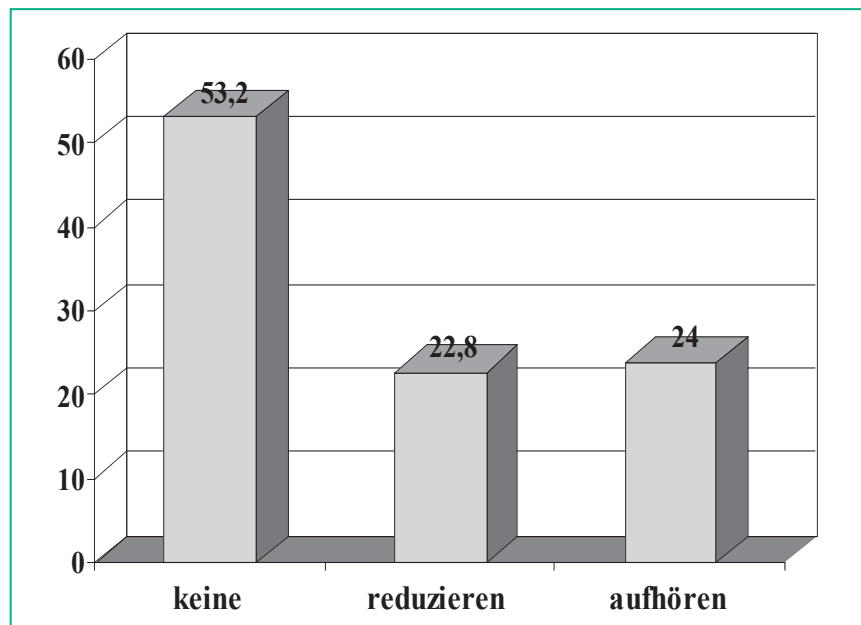


Abbildung 2: Veränderungswunsch der Raucher bei Behandlungsbeginn (n=1577)

haltung gegenüber dem Thema Tabakentwöhnung (die in der Vergangenheit von Vorbehandlern häufig mehr oder minder wissenschaftlich bestärkt wurde) präsentieren diese Befunde ein optimistischer stimmendes Bild, das für die so dringend gebotene Behandlung der Tabakabhängigkeit dieser Hochrisiko-Gruppe hoffen lässt. Tatsächlich deuten neuere eigene Daten auf eine gegenüber den Daten von 2005 weiter verbesserte Ergebnisqualität der beschriebenen umfassenden Maßnahmen zur Förderung der Tabakentwöhnung in der Fachklinik Tönisstein hin.

4. Verbesserte Ergebnisqualität

Während noch 2005 lediglich 7 Prozent der rauchenden alkoholabhängigen Patienten

nach der damaligen Datenlage im Behandlungsverlauf ihren Tabakkonsum einstellten (ein zur damaligen Zeit angesichts der gegebenen Schwierigkeiten bereits sehr respektables Ergebnis), findet sich nach der jetzigen Datenlage eine Verdoppelung der Zahl der Aufhörer (14,2 Prozent). Differenziert nach Ausgangsmotivation (Extremgruppen-Bildung: Abstinenzwunsch vs. kein Veränderungswunsch; vgl. Abbildung 3) ergibt sich nach heutiger Datenlage eine Verbesserung der Zahl der Aufhörer bei Behandlungsende von 32,7 Prozent 2005 auf aktuell 44,4 Prozent (Abstinenzwunsch bei Behandlungsbeginn) bzw. von 3,2 Prozent 2005 auf 5,6 Prozent aktuell (kein Veränderungswunsch bei Behandlungsbeginn). Diese Zahlen bewegen sich damit in einem Bereich, der sich „normalen

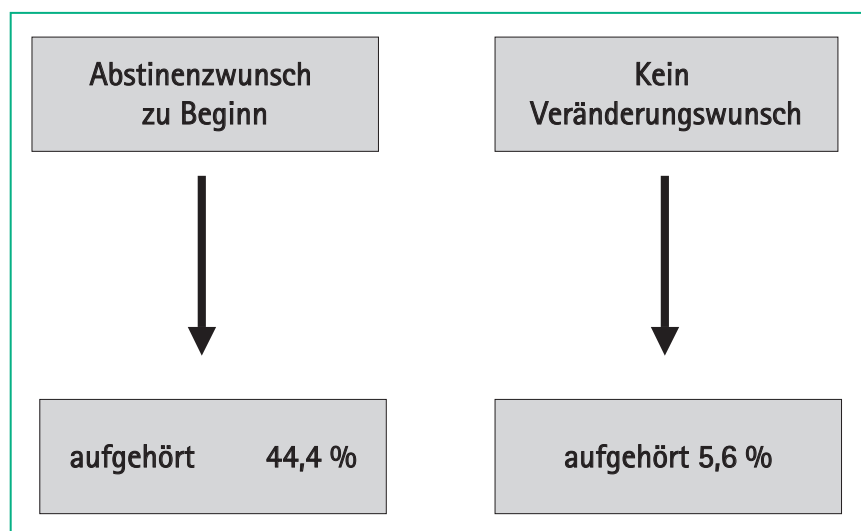


Abbildung 3: Tabakstopp differenziert nach Ausgangsmotivation (n=1200)

Verhältnissen“ (Tabakentwöhnung bei nicht alkoholabhängigen Patienten) zunehmend annähert.

Auch bezüglich der Frage der Nachhaltigkeit der bei Behandlungsende erreichten Effekte ergibt sich ein ermutigendes Bild (vgl. Abbildung 4). Präsentierten sich die Ergebnisse 2005 in diesem Punkt noch weitgehend unklar, so lässt sich auf der Basis der zwischenzeitlich konsequent weiter verfolgten Katamneseerhebungen für die Antworten eine bemerkenswerte Stabilität der bei Behandlungsende erreichten Ergebnisse verzeichnen: Fast 60 Prozent der Aufhörer bei Behandlungsende berichten über eine bestehende Tabakabstinenz ein Jahr nach Behandlungsende. Selbst unter Berücksichtigung von Verzerrungseffekten durch begrenzte Rücklaufquoten ist hier also von gemessen an üblichen Standards in der Tabakentwöhnung beachtlichen Ergebnissen auszugehen. Bemerkenswert ist auch, dass die Motivationsarbeit in Richtung Tabakstopp auch bei denjenigen Patienten nicht ohne Folgen geblieben zu sein scheint, die sich bis zum Behandlungsende noch nicht zu einem konsequenten Tabakstopp entschließen konnten: Immerhin 11 Prozent der antwortenden Patienten ohne Tabakabstinenz bei Behandlungsende berichten über eine Tabakabstinenz ein Jahr nach Behandlungsende.

5. Rauchstopp und Alkoholabstinenz: bestätigende Befunde

Eine entscheidende Kernannahme, die das hohe Engagement der Fachklinik Tönisstein in der Frage der Tabakentwöhnung bei alkoholabhängigen Patienten neben den beschriebenen potenzierten gesundheitlichen Risiken für diese Teilgruppe der Raucher von Anfang an leitete, war die Vermutung, dass aufgrund der Wechselwirkung zwischen den beiden Abhängigkeiten nicht nur die Alkoholabstinenz ein entscheidender Prädiktor für die Stabilität der Tabakabstinenz ist, sondern umgekehrt auch die Tabakabstinenz die künftige Alkoholabstinenz der Patienten günstig und nicht etwa, wie oft befürchtet, ungünstig beeinflusst. Bereits 2005 zeichneten sich hier ermutigende Befunde ab, die zwischenzeitlich bei verbesserter Datenlage eindeutig bestätigt werden konnten.

Betrachtet man zunächst ohne weitere Differenzierung den generellen Zusammenhang zwischen Tabakabstinenz und Alkoholabstinenz ein Jahr nach Behandlungsende, so findet sich eine zahlenmäßig zwar nicht große, gleichzeitig aber statistisch hochsignifikante Differenz der Abstinenzquoten bezogen auf Alkohol zugunsten der Gruppe der Nichtraucher gegenüber der Gruppe der Raucher (vgl. Abbildung 5).

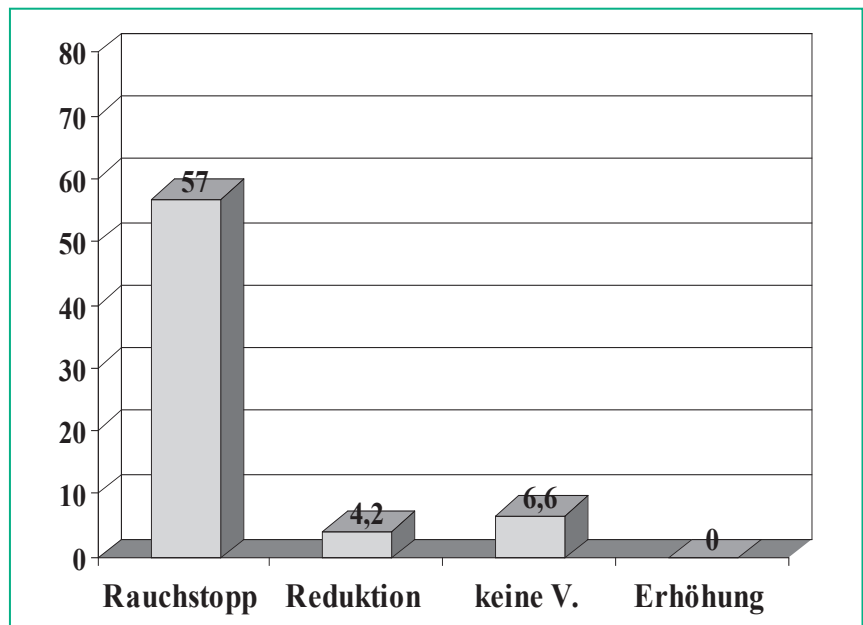


Abbildung 4: Tabakabstinenz nach einem Jahr unterschieden nach Tabakstatus bei Behandlungsende (n=1380)

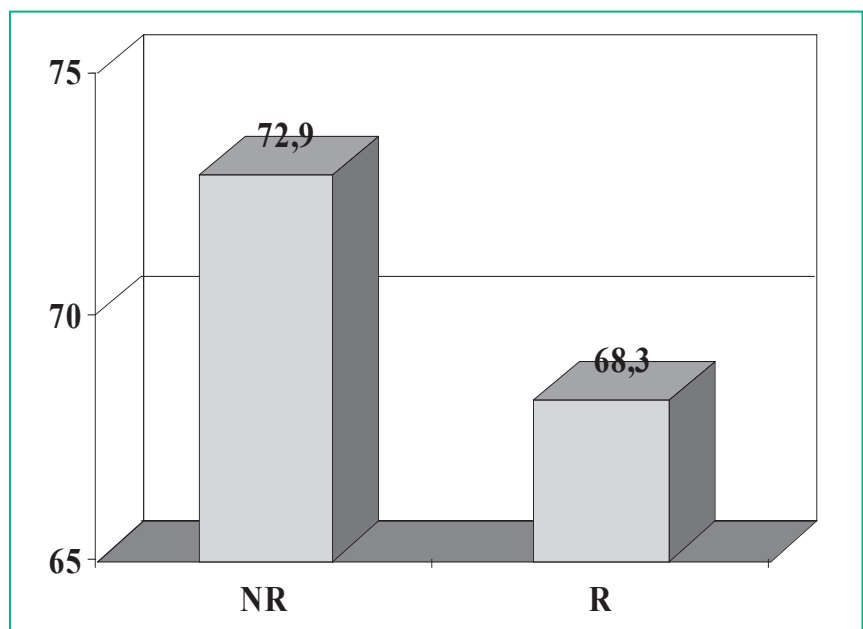


Abbildung 5: Alkoholabstinenz und Rauchen nach einem Jahr, $p=0,000$ (n=1209)

Während bei diesen Daten noch offen bleibt, ob der die Alkoholabstinenz moderierende Effekt des Raucherstatus ein Jahr nach Behandlungsende positive Rückschlüsse auf die Effekte eines Rauchstopps während der Entwöhnungsbehandlung zulässt, da hier z. B. Nie-Raucher und Aufhörer vor Behandlungsbeginn nicht von Aufhörern während der Behandlung unterschieden werden, so zeichnen differenziertere Analysen, die hier die nötigen Unterscheidungen treffen, auch in dieser Frage ein ermutigendes Bild: Die Verknüpfung des Raucherstatus derjenigen Patienten bei Behandlungsende, die die Behandlung als Raucher angetreten haben,

mit deren Alkoholabstinenz nach einem Jahr bestätigt weitgehend die Hypothese, dass nicht nur die generelle Tatsache, zum Erhebungszeitpunkt ein Jahr nach Behandlungsende Nichtraucher zu sein, sondern auch der konkret in der Behandlung realisierte Rauchstopp einen positiven Prädiktor bezogen auf die Alkoholabstinenz nach einem Jahr darstellt. Die Aufhörer haben eine günstigere Abstinenzprognose bezüglich Alkohol als diejenigen Patienten, die ihren Tabakkonsum nicht verändern, während diejenigen Patienten, die auf den „Stress“ der Entwöhnungsbehandlung mit vermehrtem Tabakkonsum (also mit Beibehal-

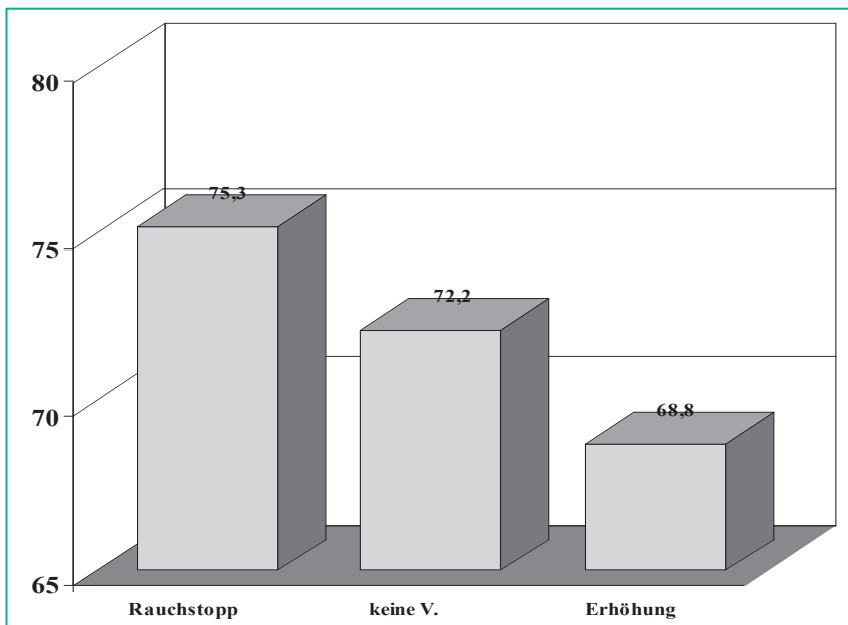


Abbildung 6: Alkoholabstinenz nach einem Jahr differenziert nach Raucherstatus bei Behandlungsende (n=1539)

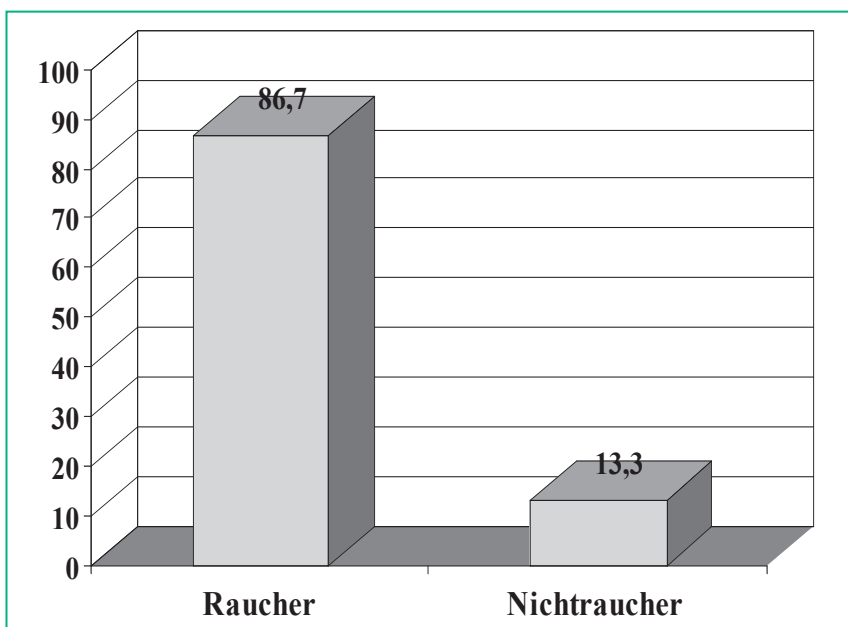


Abbildung 7: Verteilung Raucher-Nichtraucher bei Behandlungsbeginn: unter 30-jährige (n=85)

tung süchtiger Verhaltensmuster) reagieren, die schlechteste Abstinenzprognose bezüglich Alkohol haben (vgl. Abbildung 6).

Bedenkt man zusätzlich, dass die alkoholbezogene Abstinenzprognose für diejenigen Patienten, die im Behandlungsverlauf einen Rauchstopp realisiert haben, in verschiedenen Berechnungsformen konstant der Prognose für diejenigen gleicht, die entweder Nie-Raucher sind oder den Rauchstopp bereits im Vorfeld der Entwöhnungsbehandlung realisiert haben und die von daher bereits durch einen achtsameren Umgang mit ihrer Gesundheit und die Abwesenheit weiterer süchtiger Verhaltensmuster

im Vorteil sind, so ergibt sich insgesamt gesehen eine klare Bestätigung forcierter Tabakentwöhnung bei alkoholabhängigen Patienten – nicht nur unter dem Aspekt der generellen Gesundheitsfürsorge, sondern auch unter dem Aspekt der Sicherung der im Fokus stehenden Alkoholabstinenz.

6. Altersspezifische Unterschiede in der Ausgangssituation

Die bisherigen Überlegungen und Befunde bezogen sich auf die hinsichtlich ihres Lebensalters nicht weiter differenzierte Ge-

samtgruppe „der“ alkoholabhängigen und zugleich tabakabhängigen Patienten. Die mit zunehmendem Lebensalter zu erwartende dramatische Zunahme der negativen gesundheitlichen Konsequenzen des kombinierten Suchtmittelkonsums legt nun die Frage nahe, ob sich hinsichtlich Prävalenz, Ausstiegsmotivation und erzielter Effekte der Tabakentwöhnung altersspezifische Muster nachweisen lassen.

Tatsächlich finden sich bereits auf der Ebene der Prävalenz der Tabakabhängigkeit bemerkenswerte Altersdifferenzen, die eine weitere Untersuchung altersspezifischer Unterschiede für diese Stichprobe rechtfertigen. So findet sich einerseits in der Gruppe der unter 30-jährigen Patienten mit einem Verhältnis von 87 Prozent Rauchern zu 13 Prozent Nichtrauchern das für die Gruppe der alkoholabhängigen Raucher typische, von den Verhältnissen in der Durchschnittsbevölkerung abweichende Verteilungsmuster in Extremform (vgl. Abbildung 7).

Für die Gruppe der über 60-jährigen findet sich dagegen mit einem Verhältnis von 40 Prozent Rauchern gegenüber 60 Prozent Nichtrauchern eine Umkehrung der Mehrheitsverhältnisse, die einer Angleichung an die Verhältnisse in der Durchschnittsbevölkerung nahe kommt (vgl. Abbildung 8).

Die Hintergründe dieses Umschlagens der Mehrheitsverhältnisse, das im mittleren Lebensalter zu lokalisieren zu sein scheint, dürften – neben der in diesem Alter bereits zunehmenden Mortalität der alkoholabhängigen Raucher und damit natürlich in Zusammenhang stehend – in der gesundheitsbedingt gestiegenen Dringlichkeit des Tabakstopps mit zunehmendem Lebensalter zu suchen sein. Dies würde im übrigen bedeuten, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Gruppe der Nichtraucher in der höheren Alterskohorte in Wirklichkeit aus ehemaligen Rauchern besteht. Entsprechende Untersuchungen stehen noch aus. Die hier zu vermutenden motivationalen Zusammenhänge bilden sich jedoch bereits klar in den erhobenen Daten ab: Es ist die durch einen verhältnismäßig geringeren Raucheranteil gekennzeichnete Altersgruppe der über 40-jährigen, die gegenüber der Gruppe der unter 40-jährigen zugleich durch eine höhere Veränderungsmotivation (Motivation zur Tabakreduktion oder zum Tabakstopp) hervorsticht (vgl. Abbildung 9). Somit findet sich auf der Ebene der Veränderungsmotivation ein Vorteil zugunsten der älteren Patienten und es stellt sich die Frage, ob dieser sich auch auf der Ebene der Effektivität der Tabakentwöhnungsmaßnahmen abbildet.

7. Altersspezifische Effekte in der Ergebnisqualität

Tatsächlich findet sich bezüglich der bis zum Ende der stationären Behandlung erzielten Effekte der Tabakentwöhnungs-

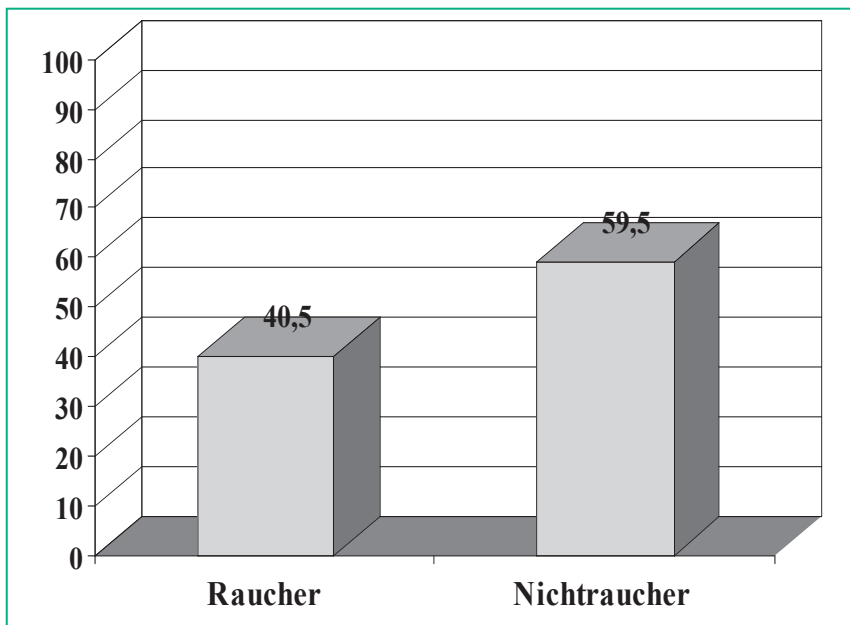


Abbildung 8: Verteilung Raucher-Nichtraucher bei Behandlungsbeginn: über 60-jährige (n=222)

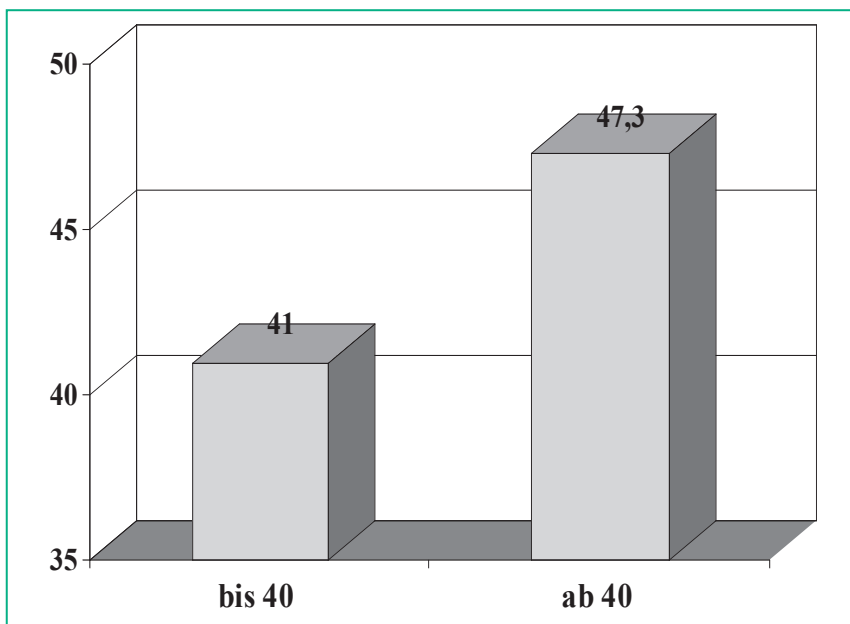


Abbildung 9: Veränderungswunsch bei Behandlungsbeginn (Aufhören, Reduzieren) – bis 40 vs. ab 40 (n=1040)

maßnahmen ein zahlenmäßig deutlicher und auch statistisch signifikanter Vorteil zugunsten der älteren Patienten (vgl. Abbildung 10).

Dieser Effekt wird noch deutlicher sichtbar, wenn der Gruppe der über 40-jährigen Patienten die Extremgruppe der unter 30-jährigen entgegengestellt wird (vgl. Abbildung 11).

Somit kann zumindest auf den ersten Blick von einer höheren Effektivität der Tabakentwöhnungsmaßnahmen im fortgeschrittenen Lebensalter gesprochen werden. Aller-

dings sind hier zwei Relativierungen angebracht:

Zunächst ist festzustellen, dass der beschriebene Effekt nur dann substantielle und statistisch signifikante Ausmaße annimmt, wenn Tabakstopp und Tabakreduktion zusammengefasst werden. Als Hauptfaktor erscheint dabei die Tabakreduktion, die zwar im Sinne einer „harm reduction“ gerade bei fortgeschrittener gesundheitlicher Schädigung begrüßenswert sein mag, gleichzeitig aber aufgrund der notorischen Schwierigkeiten eines kontrollier-

ten Konsums bei vorliegender Suchtmittelabhängigkeit eine geringe Nachhaltigkeit befürchten lässt.

Genau hier liegt die zweite vorzunehmende Einschränkung: Eine Stabilität der differentiellen Effekte über den Katamnesezeitraum lässt sich zumindest für die bisher erhobenen Daten nicht nachweisen. Dies mag zum Teil an der noch zu geringen Stichprobengröße für die hierzu erforderlichen Berechnungen liegen. Es ist aber wohl aufgrund der beschriebenen inhaltlichen Überlegungen realistischerweise auch nicht zu erwarten.

Überblickt man die vorliegenden ersten altersspezifischen Befunde bezüglich der Unterschiedlichkeit der Ausgangssituation und der differentiellen Effekte der Tabakentwöhnungsmaßnahmen der Fachklinik Tönisstein, so ergeben sich bei aller Vorläufigkeit der gewonnenen Ergebnisse doch bereits zwei Schlussfolgerungen, die für die weitere Ausgestaltung der Tabakentwöhnung bedeutsam sein dürften:

Zum einen stellen sich insbesondere für die jüngeren Patienten, denen die potenzierten gesundheitlichen Risiken der doppelten Abhängigkeit noch nicht in dem Maße bewusst sind, wie dies bei älteren Patienten der Fall zu sein scheint, Fragen der verbesserten Motivierungsarbeit zu einem Tabakstopp. Diese wird vermutlich – in Anlehnung an die Vorgehensweise bei jugendlichen Rauchern – verstärkt Image-Aspekte und Peergroup-Effekte zur Geltung bringen müssen, wenn sie erfolgreicher sein will. Eine direkt und ausschließlich auf gesundheitliche Konsequenzen abhebende Vorgehensweise wird hier eher unwirksam oder sogar kontraproduktiv sein.

Dagegen dürfte bei den älteren, durch verstärkte gesundheitliche Sorgen belasteten Patienten Motivierungsarbeit in diesem Sinne häufig eher nachrangig sein. Angesichts des „bescheiden“ formulierten (und angesichts einer Suchtkrankheit vermutlich unrealistischen) Ziels der Konsumreduktion stellen sich hier wohl vielmehr Fragen der Selbstwirksamkeit, die klare Rezepte und Vorgaben im Sinne eines dichter strukturierten und Halt gebenden Nichtraucher-Trainings notwendig machen.

Entsprechende Akzentsetzungen in der Behandlungsplanung sowie entsprechende Effektivitätsstudien stellen somit wichtige Desiderate für die weitere Fortschreibung der Tabakentwöhnung in der Fachklinik Tönisstein dar.

9. Zusammenfassung

Die erneute Überprüfung der Ergebnisqualität der Maßnahmen zur Tabakentwöhnung bei alkoholabhängigen Patienten in

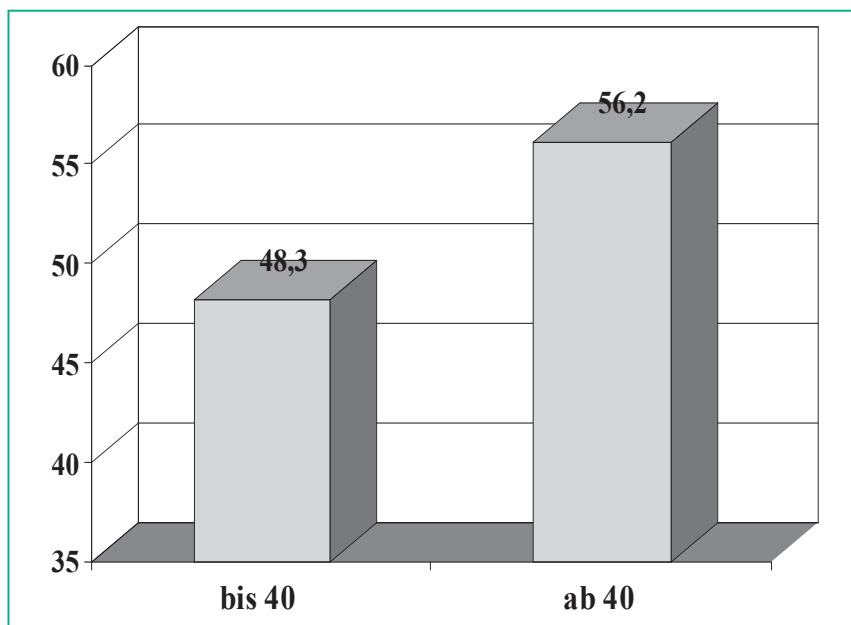


Abbildung 10: Veränderung des Rauchverhaltens bei Behandlungsende (aufgehört, reduziert) – bis 40 vs. ab 40, $p=.044$ ($n=1040$)

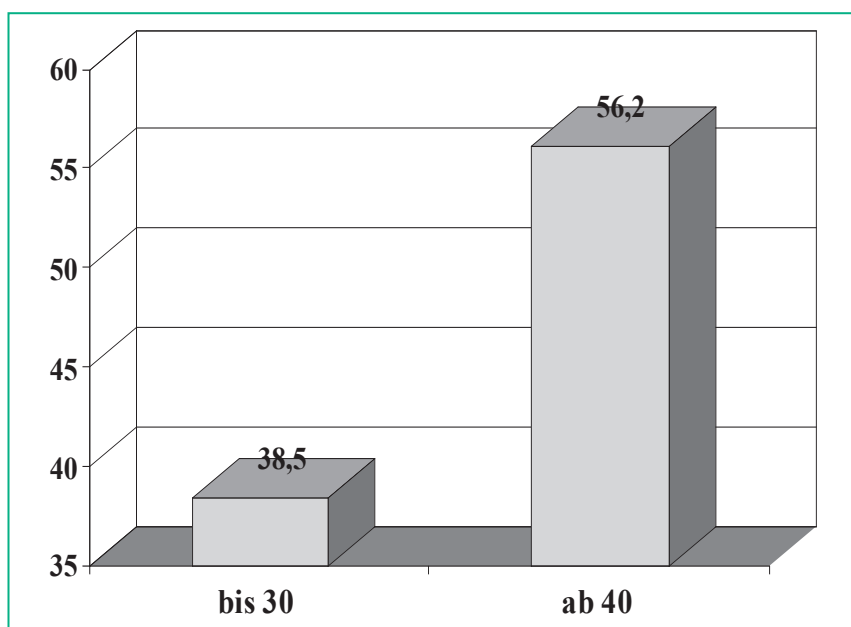


Abbildung 11: Veränderung des Rauchverhaltens bei Behandlungsende (aufgehört, reduziert) – bis 30 vs. ab 40, $p=.03$ ($n=1040$)

der Fachklinik Tönisstein sowie der dahinterstehenden allgemeinen Nichtraucher-Politik der Klinik zeigt sowohl bezüglich des Tabakstatus bei Behandlungsende als auch bezüglich des Tabakstatus zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Behandlungsende gegenüber den Befunden des Jahres 2005 nochmals deutlich verbesserte Ergebnisse,

die sich zunehmend mit üblichen Ergebnissen bei nicht alkoholabhängigen Rauchern messen können. Tabakentwöhnung in der Alkoholentwöhnung ist also machbar und liefert respektable und vor allem auch nachhaltige Ergebnisse. Darüber hinaus konnten anhand eigener Daten sowohl die gegenseitige Stützung von Alkoholabstinenz und

Tabakabstinenz im Allgemeinen als auch die Förderung der Alkoholabstinenz durch Tabakstopp in der Entwöhnungsbehandlung im Speziellen weiter statistisch belegt werden.

Die altersspezifische Auswertung der Daten verweist darüber hinaus auf notwendige inhaltliche Differenzierungen der Vorgehensweise in der Tabakentwöhnung. Jüngere Patienten bedürfen nach den vorliegenden Befunden wohl verstärkter Motivierungsarbeit, während ältere Patienten in besonderem Maße eine Stärkung ihrer Selbstwirksamkeitsüberzeugungen durch eine entsprechend dicht angelegte therapeutische Unterstützung zu brauchen scheinen.

10. Literatur

- Batra, Anil und Buchkremer, Gerhard (2004). Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kröger, Christoph B. und Lohmann, Bettina (2007). Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 31). Göttingen: Hogrefe.
- Kühnel, B., Metz, K. & Kipke, I. (2007). Veränderung der Tabakpolitik in Suchtrehabilitationskliniken nach einer randomisierten Multi-Level-Intervention. Suchttherapie, 8, 152–159.
- Schneider, Bernd und Wallroth, Martin (2005a). Tabakabhängigkeit in der stationären Alkoholentwöhnung – Konzeptionelle Umorientierung und erste empirische Ergebnisse. Sucht aktuell, 2/05, 34–37.
- Schneider, Bernd und Wallroth, Martin (2005b). Raucherentwöhnung in der Rehabilitation Alkoholabhängiger – Fachklinik Bad Tönisstein. Tabakentwöhnung. Newsletter des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg, 3/05, 3 f.
- Wallroth, Martin, Schneider, Bernd und Gänsscke, Michael (2007). Tabakentwöhnung in der stationären Behandlung Alkoholabhängiger: Überprüfung der Ergebnisqualität am Ende der Rehabilitation und ein Jahr danach. In: Fachverband Sucht (HG), Wirksame Therapie. Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung (S. 317–323). Geesthacht: Neuland Verlag.

Korrespondenzadresse:

Dr. Martin Wallroth
 Fachklinik Tönisstein, Hochstr. 25
 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
 Tel. 02641/914-152
 Email: mwallroth@ahg.de