

**Wie Diabetesfachberaterinnen und -berater mit rauchenden Patienten und Patientinnen umgehen:
Vorstellungen, Attitüden, Praktiken**

Eine elektronische Befragung

Richard Müller

November 2007

Wie Diabetesberaterinnen und -berater mit rauchenden Patienten und Patientinnen umgehen: Vorstellungen, Attitüden, Praktiken

Zusammenfassung

Die sekundäre Prävention bei rauchenden Menschen mit Diabetes ist von eminenter Bedeutung, stellt doch die Kombination von Rauchen und Diabetes eine Hochrisikokonstellation für eine ganze Reihe von Folgekrankheiten dar. Vor allem Menschen mit Diabetes haben ohnehin ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung von Herz- und Gefässerkrankungen, damit ist das Ausschliessen des Risikofaktors Rauchen besonders wichtig. Der Rauchstoppberatung durch die Diabetesfachberaterinnen und -berater kommt deshalb grosse Relevanz zu.

Eine E-Mail-Befragung bei 90 Diabetesfachberaterinnen und -berater erhellt Vorstellungen, Einstellungen und Praktiken in der Beratung von rauchenden Patienten und Patientinnen. Die Befragung zeigt, dass nur eine Minderheit der Beratenden eine spezifische Ausbildung in der Rauchstoppberatung genossen hat. Ihr Wissen um die Zusammenhänge zwischen Rauchen und Diabetes ist denn auch limitiert, obwohl die überwiegende Mehrheit der Befragten über eine langjährige Praxis in der Diabetesberatung verfügt. Interessanterweise überschätzen die meisten Beraterinnen und Berater den Anteil an Rauchenden in ihrer Praxis. Eigentlich müsste dieser Sachverhalt die Befragten motivieren, ihre Klientel auf ihr Rauchverhalten anzusprechen, doch nur ein Viertel der Befragten tut dies immer wieder aufs Neue und verhält sich damit *lege artis*. Immerhin annähernd die Hälfte der Befragten spricht die Patienten und Patientinnen hin und wieder auf ihr Rauchverhalten an. Diabetesfachberaterinnen und -berater reagieren auf die Frage nach der bei rauchenden Diabetikern zu treffenden Massnahmen mit einer Fülle von Vorschlägen, die zeigt, wie wichtig eine vertiefte Diskussion des Rauchthemas mit Diabetesfachpersonen ist.

Die Mehrheit der Befragten ist sich einig: Wenn Diabetesfachberaterinnen und -berater in der Raucherentwöhnung wirksam sein sollen, dann muss das Problem der Raucherentwöhnung in der Weiterbildung mit Praxisanleitung behandelt werden. Zusätzlich braucht es eine didaktisch gut gestaltete Handreichung für die Beratung.

1. Hintergrund der Studie

Es ist ein Gemeinplatz: Rauchen ist ganz allgemein schädlich. So erhöht Rauchen auch das Risiko für Typ-2-Diabetes. Besonders fatal sind jedoch die Folgen für Menschen, die bereits an Diabetes leiden, dies liegt daran, dass beide Noxen – die Hyperglykämie und das Rauchen – schwere Gefässschäden bewirken. Interessant dabei ist, dass in der Diabetologie im Allgemeinen der Glykämiekontrolle mehr Beachtung geschenkt wird als der Raucherentwöhnung. Doch für rauchende Menschen mit Diabetes ist eine Rauchentwöhnungsberatung vielleicht ebenso wichtig wie eine Diätberatung, denn die Wahrscheinlichkeit, an einer Vielzahl von Folgen zu erkranken, ist für rauchende Diabetiker und Diabetikerinnen überproportional hoch.

Allein mit Willenskraft, der nach wie vor am häufigsten angewandten so genannten Schlusspunktmethode, gelingt das Aufhören nur den wenigsten: Ohne weitere Unterstüt-

zung liegt bei Gewohnheitsrauchern die Rückfallquote nach einem Jahr zwischen 95 und 97%. Rauchende Menschen mit Diabetes brauchen deshalb eine professionelle Unterstützung in ihrem Versuch, das Rauchen aufzugeben. Die Schweizerische Diabetesgesellschaft bietet darum allen in der Schweiz tätigen Diabetesfachberaterinnen und -beratern Fortbildungskurse an, um ihre Fähigkeiten für die Rauchentwöhnung ihrer Klientel zu verbessern. Um die Wirksamkeit dieser Weiterbildungsmaßnahmen zu überprüfen, werden die Berater und Beraterinnen in einem Vor- und einem Nachtest zu ihren Vorstellungen, Attitüden und Praktiken in der Rauchstoppberatung befragt.

2. Ziele der Befragung:

Die Befragung von Diabetesfachberaterinnen und -berater aus der ganzen Schweiz zielt darauf ab, eine Datenbasis für die Evaluation von Weiterbildungskursen zum Thema „Rauchstopptraining“ abzugeben. Folgende Inhalte werden dabei erfragt:

- Wissen zu Einzelfragen,
- Praktiken in der Ansprache der Patienten und Patientinnen hinsichtlich des Rauchverhaltens,
- die Selbstüberzeugung hinsichtlich der eigenen Fähigkeit, rauchende Patienten und Patientinnen zum Aufhören motivieren zu können,
- Berufserfahrung und eigenes Rauchverhalten und schliesslich
- mögliche Massnahmen für Diabetesfachberaterinnen und -berater, um einen Rauchstopp bei ihren Patienten und Patientinnen wirksamer zu unterstützen.

Der vorliegende Bericht fasst die Rohergebnisse der Befragung zusammen.

Eine zweite leicht modifizierte Befragung soll bei den gleichen Adressaten im Herbst 2009 stattfinden.

3. Methodik

Als Erhebungsmethode dient eine schriftliche Internet-Befragung mittels eines voll standardisierten Fragebogens. Die Beantwortung der 10 Fragen dauerte rund 10 Minuten. Durch einen einfachen Mausklick konnte der Fragebogen an den Absender zurückgesandt werden. Die Anonymität der Befragung war völlig gewährleistet.

Die Befragung wurde durch die Diabetesgesellschaft bei ihren Mitgliedern organisiert. Insgesamt wurde ein Einladungsschreiben mit Fragebogen in deutscher und französischer Sprache an 227 Mitglieder per E-Mail versandt. 28 der Adressaten meldeten zurück, dass sie nicht anwesend seien. Von den verbleibenden 199 Adressaten antworteten nach 2 Erinnerungs-Mails 91 Personen. Die Rücklaufquote beträgt somit 40%. Sie ist nicht ganz befriedigend, kann man doch in solchen elektronischen Befragungen bei einem definierten Zielpublikum in der Regel mit einem Rücklauf von wenigstens 50% rechnen. Es versteht sich, dass die geringe Rücklaufquote die Repräsentativität der Aussagen in diesem Bericht einschränkt.

4. Ergebnisse

4.1 Wissen um die Folgen des Rauchens bei Menschen mit Diabetes

Rauchen ist für die Entwicklung diabetischer Folgeerkrankungen ein wichtiger, zusätzlicher Risikofaktor. Insgesamt verkürzt Rauchen bei Diabetikern die Lebenserwartung, und

zwar in Abhängigkeit von der Dauer des Rauchens und der Anzahl der gerauchten Zigaretten.

Die Wahrscheinlichkeit an Herzkrankgefäßverschlüssen (KHK), an Durchblutungsstörungen der Beine (PAVK) oder an Schlaganfall zu erkranken, ist bei rauchenden Diabetikern 2- bis 4-mal höher als bei nichtrauchenden (Tiffany et al. 2002). Auch andere diabetes-spezifische Folgeerkrankungen werden durch Rauchen negativ beeinflusst. Vor allem bei der diabetischen Nephropathie (Nierenschädigung) ist die Verschlechterung durch Rauchen deutlich nachweisbar (Biesenbach et al. 1997). Rauchen kann auch zu einer gestörten Glucosetoleranz führen, die ein etablierter Risikofaktor für den Typ-2-Diabetes melli-

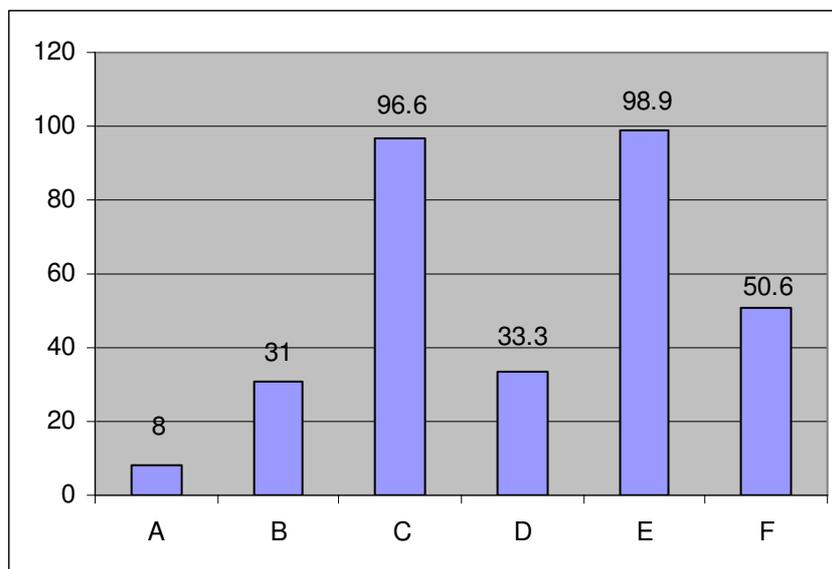
Frage:

Rauchen schadet allen. Für Menschen mit Diabetes birgt Rauchen zusätzliche Risiken. In welcher Hinsicht? (Mehrfachantworten möglich)

Antwortvorgaben :

- A Rauchen erhöht die Glukoseintoleranz
- B Rauchen führt zu Schädigungen der Nieren
- C Rauchende Menschen mit Diabetes sind besonders gefährdet, an einer Schädigung der Herzkrankgefäße zu erkranken
- D Rauchen führt zu einer vorzeitigen Schädigung der Netzhaut
- E Rauchen erhöht das Risiko einer arteriellen Verschlusskrankheit (AVK) der Beine
- F Rauchen erhöht das Risiko, an einer Neuropathie zu erkranken

Grafik 1: Wissen um Risiken von Diabetes und Tabakkonsum (Basis: N=87)



tus ist (Houston et al 2006). Rauchen kann ebenfalls die Entwicklung und den Verlauf der diabetischen Retinopathie zusätzlich fördern. Studie zeigen gar, dass diabeteskranke Menschen 2,4-mal häufiger an Retinopathie erkranken, wenn sie rauchen (Busch et al. 2006). Untersuchungen konnten nachweisen, dass Diabetiker, die rauchen, häufiger an Veränderungen der Nerven (z. B. Sensibilitätsstörungen) leiden als nichtrauchende Diabetiker. Aufgrund der erhöhten gesundheitlichen Gefahren durch das Rauchen haben

Nichtrauchertrainings für Diabetiker eine ganz besondere Bedeutung. Es ist für Diabetiker absolut wesentlich, auf das Rauchen zu verzichten – dies muss auch ein wichtiger Bestandteil der Behandlungsziele sein.

Dass rauchende Menschen mit Diabetes ein besonders erhöhtes Risiko eingehen, an Herzkrankheitskrankheiten sowie an arteriellen Verschlusskrankheiten an den Beinen zu leiden, ist nahezu allen Diabetikfachpersonen bekannt. Dies ist auch nicht verwunderlich, sind doch Gefässerkrankungen als Folgekomplikation und Manifestation des Diabetes mellitus bei etwa 75% der Diabetiker zu beobachten. Aus zahlreichen klinischen und epidemiologischen Untersuchungen und Autopsiestudien geht hervor, dass Diabetiker häufiger und früher arteriosklerotische Gefässveränderungen entwickeln als Nichtdiabetiker. Dies trifft auf Menschen, die rauchen, ebenfalls zu. Diese Tatsache ist bei den Befragten weitgehend diffundiert.

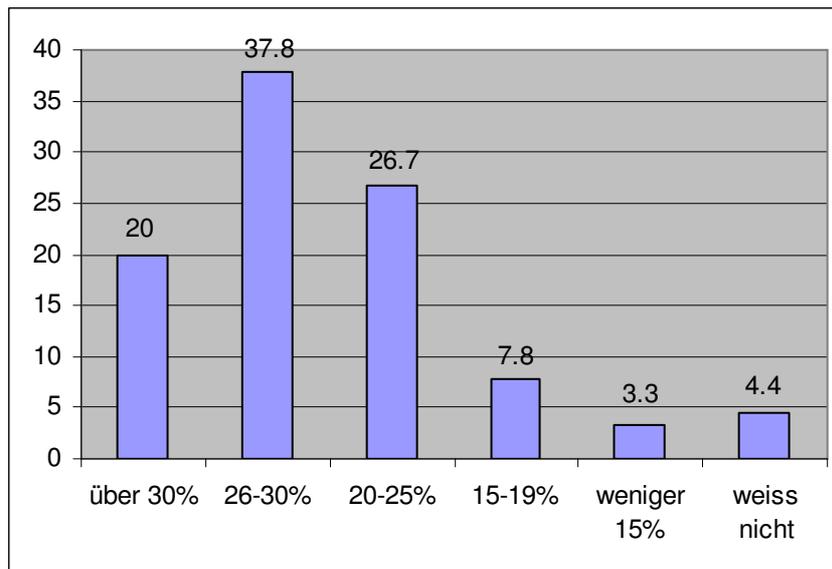
Weniger bekannt ist den Befragten offenbar, dass bei vielen Menschen mit Diabetes es nicht nur zu einer Schädigung der grösseren und mittleren Gefässe (beschleunigte Atherosklerose, veränderte Gerinnung) kommen kann, sondern auch zu Schäden der kleinsten Blutgefässe, die als Mikroangiopathie bezeichnet werden. Sie löst Durchblutungsstörungen in Auge (Retinopathie) und Niere (Nephropathie) aus. Rauchen beschleunigt die Mikroangiopathie. Dass Rauchen bei zuckerkranken Menschen die kleinen Blutgefässe schädigt und auf diese Weise Erkrankungen an Augen und Nieren beschleunigen kann – ohnehin typische Spätkomplikationen des Diabetes mellitus, ist einem Drittel der Befragten bekannt. Nur gerade der Hälfte der Befragten ist bekannt, dass Rauchen das Risiko von Diabetikerinnen und Diabetikern an einer Neuropathie zu erkranken, zusätzlich erhöht. Geradezu unbekannt ist ihnen der Zusammenhang von Rauchen und Glukoseintoleranz. Erhöhte Blutzuckerwerte und Glukoseintoleranz weisen auf einen prädiabetischen Zustand hin.

4.2 Wissen um die Anzahl rauchender Menschen mit Diabetes

Man könnte denken, dass die Tatsache, einen Diabetes mellitus zu haben und die verstärkten Risiken zu kennen, die mit dem Tabak in diesem Zusammenhang einhergehen, ein überzeugendes Argument bildet, um die Zigarette aufzugeben. Dies ist auch tatsächlich – wenn auch nicht allzu deutlich – der Fall. Eine vom Bundesamt für Statistik vorgenommene Spezialauswertung der Daten der Gesundheitsbefragung von 2002 hat folgende Resultate ergeben: Bei über 210'000 Personen wurde in der Schweiz von der Ärztin/vom Arzt schon einmal festgestellt, dass sie zuckerkrank waren, davon rauchten 51'000 Personen, das sind 25% (Bundesamt für Statistik 2006). Der Anteil an Raucher und Raucherinnen der Gesamtbevölkerung betrug gemäss Gesundheitsbefragung 2002 33%. In der Schweizerischen Diabetikerbefragung aus dem Jahre 1999 lag der Anteil an Rauchenden mit 15% allerdings deutlich unter der Rate der Gesamtbevölkerung (Kuntchen 2002). Wie hoch immer der Anteil rauchender Diabetiker und Diabetikerinnen liegt, angesichts der grossen Bedeutung des Risikofaktors Rauchen in Verbindung mit Diabetes mellitus muss dieser Anteil weiter gesenkt werden.

Frage :
Was schätzen Sie, wie viele, die wegen Diabetes behandelt werden, rauchen?
(Eine Antwortmöglichkeit)

Grafik 2 : Prozentanteile der Befragten pro vorgegebene Antwortmöglichkeit (Basis: N=90)



Geht man davon aus, dass der Anteil von rauchenden Zuckerkranken zwischen 15 und 25% liegt, so schätzt ein gutes Drittel der Befragten den Raucheranteil korrekt ein. 58% der Befragten überschätzen diesen Anteil zum Teil recht deutlich; nur gut 3% unterschätzen den Anteil, und etwas mehr als 4% vermögen keine Einschätzung vorzunehmen.

4.3 Praktiken der Ansprache der Patienten und -patientinnen mit Diabetes

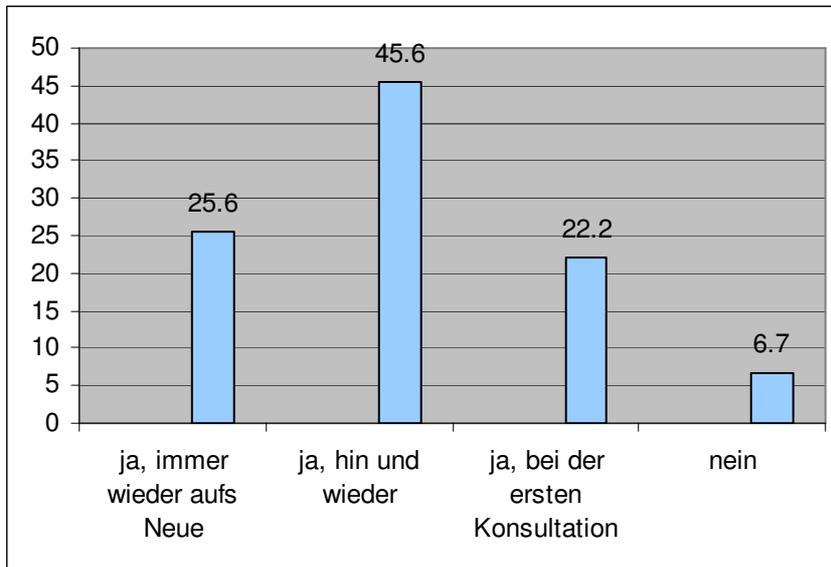
Tabakentwöhnung gehört zu den wesentlichen Aufgaben der Diabetologie; denn generell gilt: Diabetes plus Rauchen = Hochrisiko. Durch intensiverte Nachsorge mit einer entsprechenden Ansprache und Betreuung, (gegebenenfalls auch durch eine Erhaltungstherapie), lässt sich die Nachhaltigkeit der Entwöhnung aber verbessern.

Ein Viertel der Befragten spricht die Patienten und Patientinnen immer wieder aufs Neue auf ihr Raucherverhalten an. Sie verhalten sich damit *lege artis*, nämlich, um die Patienten und Patientinnen zu einem Entwöhnungsversuch zu bringen, brauchen Therapierende vor allem eins: Hartnäckigkeit. Denn, wer einen Raucher oder eine Raucherin von den Zigaretten wegbringen möchte, muss ihn bei jedem Kontakt fragen, ob er/sie noch raucht. Wichtig ist dabei auch stets nach der Motivation zu fragen, um den richtigen Zeitpunkt für den Entwöhnungsversuch abzugewinnen. Immerhin die Hälfte der befragten Diabetikerberaterinnen und -berater thematisiert das Rauchverhalten ihrer Klienten und Klientinnen hin und wieder; 22% tun dies nur bei der Erstkonsultation, und weitere 7% sprechen die Patienten und Patientinnen überhaupt nicht auf ihr Rauchverhalten an. Durch Bildungsmaßnahmen muss die Perseveranz der Diabetikerberaterinnen und -berater gefördert werden.

Frage :

Sprechen Sie während Ihren Beratungen Ihre Patienten und Patientinnen darauf an, ob sie rauchen? (Eine Antwortmöglichkeit)

Grafik 3: Prozentanteile der Befragten, die Ihre Patienten und Patientinnen auf ihr Rauchverhalten ansprechen (Basis N=90)



Interessant ist natürlich zu wissen, warum die Befragten ihre Patienten und Patientinnen nicht zu ihrem Rauchverhalten befragen. Da insgesamt nur 6 Befragte auf diese Frage geantwortet haben, lässt sie sich nicht beantworten.

Wenn die Therapeuten und Therapeutinnen die Patienten auf ihr Rauchverhalten ansprechen – und dies ist die überwiegende Mehrheit – dann raten sie ihnen dringend vom Rauchen ab (38%). Knapp 10% verteilen eine Broschüre mit Tipps und Ratschlägen für den Rauchstopp und weitere 10% der Befragten verweisen auf Spezialisten für den Rauchstopp. Nur gerade 12% kontrollieren und unterstützen ihre Patienten kontinuierlich – was eigentlich der Goldstandard sein müsste. Das grosse Mehr der Befragten aber entscheidet von Fall zu Fall über die Vorgehensweise (68%).

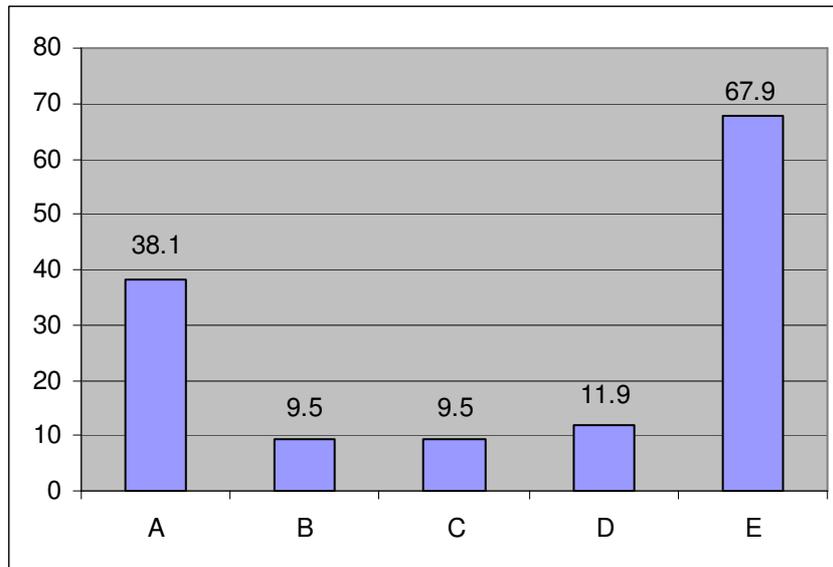
Frage:

Wenn Sie Ihre Patienten und Patientinnen auf ihr Rauchverhalten ansprechen, was tun Sie dann? (Mehrfachantworten möglich)

Antwortvorgaben :

- A ich rate ihnen dringend, das Rauchen aufzugeben
- B ich gebe ihnen eine Broschüre mit Ratschlägen und Tipps für den Rauchstopp
- C ich gebe ihnen eine Adresse eines Spezialisten oder einer Spezialistin für Raucherentwöhnung
- D ich kontrolliere sie regelmässig und unterstütze sie
- E kommt ganz darauf an

Grafik 4: Prozentanteile der Befragten pro vorgegebener Antwortmöglichkeit (Basis: N=84)



Die Frage, welche andere Massnahme die Berater und Beraterinnen treffen, evoziert eine Fülle von Reaktionen, die gerade darauf hin weist, wie wichtig eine vertiefte Diskussion des Rauchthemas mit Diabetesfachpersonen ist.

Viele der Befragten weisen darauf hin, dass es ganz darauf ankomme, welchen Grad von Bereitschaft zu einer Verhaltensänderung die Patienten hätten. Sich-auf-den-Betroffenen-Einstellen ist ein häufiges Argument. So meint ein Befragter: „Je nach Patient verhalte ich mich anders. Der eine braucht mehr Unterstützung als der andere. Wünsche und Vorstellungen der Patienten müssen einbezogen werden.“ Auch wird mehrfach darauf verwiesen, wie wichtig es ist, das soziale Umfeld mit einzubeziehen.

Bei Neudiagnosen sind viele der Befragten recht kritisch, ob da rauchende Diabeteskranke nicht überfordert sind, wenn sie auch noch mit ihrer Rauchgewohnheit konfrontiert werden. „Vor allem bei Neudiagnosen ist der Patient überfordert und hat keine Energie, sich mit dem Rauchen zu befassen. Die Patienten brauchen so viel Energie für die Diabeseinstellung; sie können das Leben nicht auf den Kopf stellen und das Rauchen auch noch aufgeben“ meint eine Befragte. „Mein Motto ist: Schritt für Schritt und nicht alles zusammen für diejenigen, sie sonst überfordert sind.“ Eine wohl typische Reaktion ist auch: „Was gebe ich denn dem Patienten dafür, dass ich ihm das Rauchen wegnehme? Mit der Antwort mehr Lebensqualität ist es leider nicht getan.“

Einige Befragte verweisen auch darauf, dass das Zur-Sprache-Bringen des Rauchthemas von der Berater-Klientenbeziehung abhängt: „Erste wenn die Beziehung trägt, kommen Suchtthemen zu Sprache.“ Interessant ist etwa die Antwort eines Befragten: „Manchmal denke ich auch, dass das ewige Nörgeln eine Trotzreaktion auslösen kann.“ Dass Beraterinnen oder Berater, die selbst rauchen, Schwierigkeiten in der Raucherentwöhnung haben, geht etwa aus folgender Antwort hervor: „Ich bin selbst Raucherin und kann nur schwer gegen das Rauchen argumentieren“.

4.4 Selbstwirksamkeit

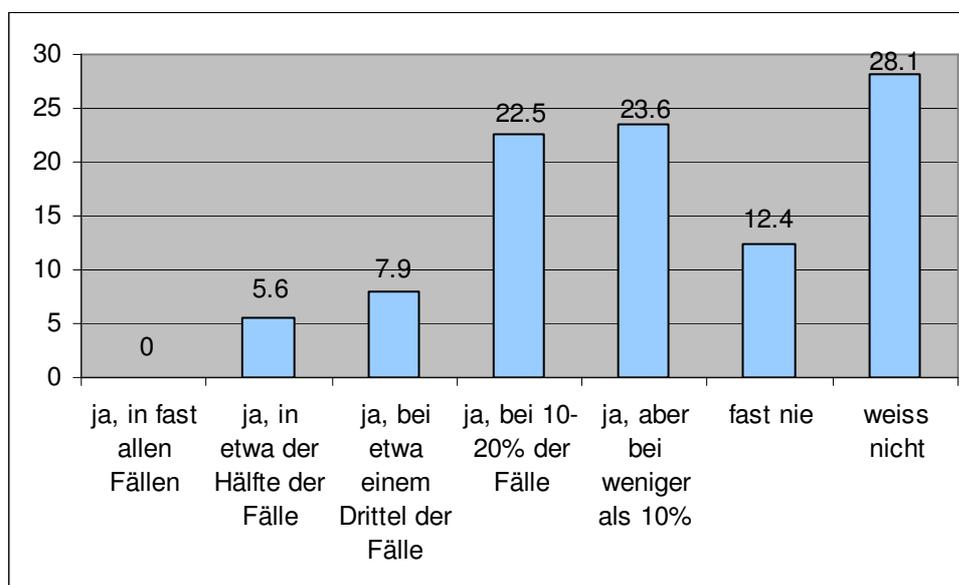
Selbstwirksamkeit ("self-efficacy") ist "die individuell unterschiedlich ausgeprägte Überzeugung, dass man in einer bestimmten Situation die angemessene Leistung erbringen kann. Dieses Gefühl einer Person bezüglich ihrer Fähigkeit, beeinflusst ihre Wahrnehmung, ihre Motivation und ihre Leistung auf vielerlei Weise" (7. Auflage Zimbardo, 543).

Die Antwort auf die Frage, ob man daran glaube, die Patienten zu einem Rauchstopp bewegen zu können, ist wesentlich, weil sie zeigt, wie sehr die Befragten von ihrer Arbeit überzeugt sind. Von sich sehr überzeugt sind lediglich knapp 6% der Befragten; sie meinen dass es ihnen in etwa der Hälfte der Fälle gelingt, die Patienten und Patientinnen zu einem Rauchstopp zu bewegen. Weitere 8% glauben, dass dies für etwa einen Drittel der Fälle zutrifft, und 24% meinen, dass sie in 10 bis 20% der Fälle erfolgreich sind. Keine hohe Einschätzung der Selbstwirksamkeit hat mehr als ein Drittel der Befragten. 28% können ihre Selbstwirksamkeit nicht einschätzen.

Frage:

Glauben Sie, dass Sie Ihre rauchenden Patienten und Patientinnen zu einem Rauchstopp motivieren können? (Eine Antwortmöglichkeit)

Grafik 5: Überzeugung, Patienten und Patientinnen zu einem Rauchstopp motivieren zu können (Basis N=89)



Raucherentwöhnung kann sehr erfolgreich sein, wenn die Raucherinnen und Raucher zum richtigen Zeitpunkt angesprochen werden. Die Experten sprechen von verschiedenen Stadien der Änderungsbereitschaft, welchen mit stadienspezifischen Beratungsangeboten begegnet werden muss. So kann beispielsweise ein Raucher in einem frühen Stadium, z. B. ein Raucher mit Aufhörabsicht durch entsprechende Beratung motiviert werden, sich auf den Rauchstopp vorzubereiten und dann erfolgreich einen Ausstiegsversuch vorzunehmen. Diesem Raucher in der Vorbereitungsphase können durch gezielte Beratung die Ausstiegsängste, die Angst vor Entzugssymptomen oder die Angst vor Gewichtszunahme genommen werden. In einem weiterem Stadium, wenn der Raucher zum Ex-Raucher

gerade geworden ist, kommt es sehr darauf an, eine aktive Rückfallprophylaxe zu betreiben, um eine dauerhafte Abstinenz möglich zu machen.

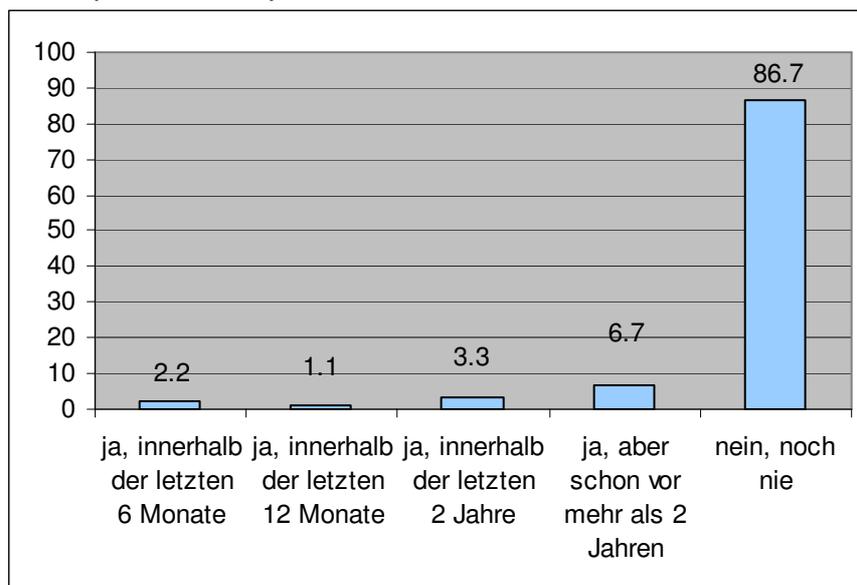
4.5 Weiterbildung in der Rauchstoppperatung

87% der Befragten haben keinerlei Weiterbildung in der Rauchstoppperatung genossen. Dieser Befund unterstreicht die Notwendigkeit von Weiterbildungsmassnahmen, ist doch der Rauchstopp eine der die wichtigsten sekundäre Präventionsmassnahme für Menschen, die an Diabetes leiden. Bei 7% der Befragten liegt der letzte Kurs schon mehr als 2 Jahre zurück, in diesem Fall wäre ein Auffrischungskurs angezeigt, zumal sich hinsichtlich der das Nichtrauchen unterstützenden Medikamente Innovationen stattgefunden haben. Wirklich up to date sind nur gerade knapp 7% der Befragten, sie haben einen Rauchstoppperatungskurs innerhalb der letzten 2 Jahre besucht.

Frage:

Haben Sie persönlich eine Weiterbildung in der Rauchstoppperatung absolviert? (Eine Antwortmöglichkeit)

Grafik 6: Anteil der Befragten, die eine Weiterbildung in Rauchstopptraining absolviert haben (Basis: N=90)



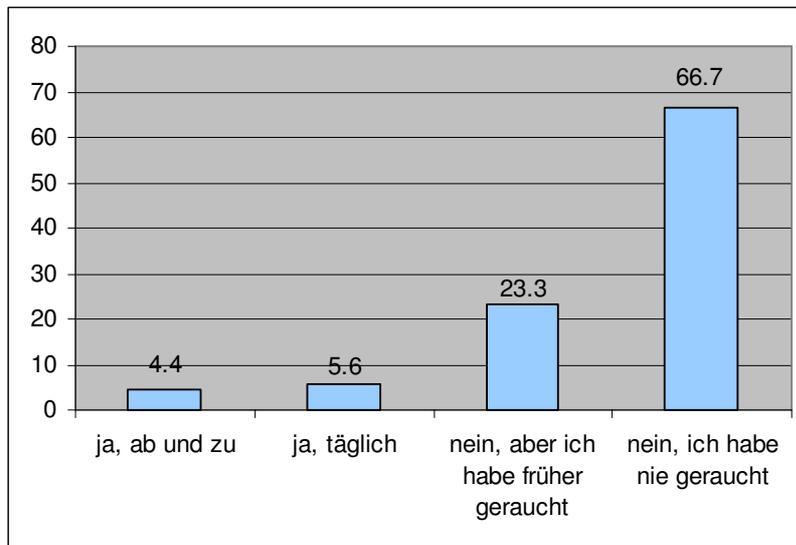
4.5 Rauch- und Berufserfahrung

Wie man aus vielen Studien weiss, ist die Vorbildwirkung wichtig. Diabetesfachberater und -beraterinnen sind tatsächlich Vorbilder: 90% sind Nichtraucher bzw. Nichtraucherinnen; nur gerade knapp 6% rauchen täglich und etwas mehr als 4% rauchen ab und zu. Diese Raten liegen deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt.

Frage:

Rauchen Sie persönlich? (Eine Antwortmöglichkeit)

Grafik 7: Raucherstatus der Befragten (Basis: N=90)

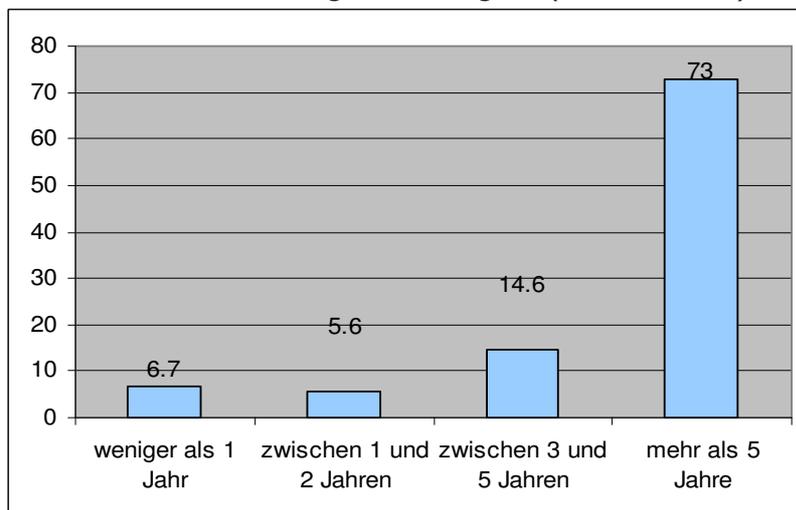


Fast drei Viertel der Befragten blicken auf eine Berufserfahrung von über 5 Jahren zurück. 20% haben zwischen einem und fünf Jahren Berufserfahrung. Nur gerade knapp 7% sind Newcomer.

Frage:

Auf wie viele Jahre Berufserfahrung in der Diabetesberatung blicken Sie zurück? (Eine Antwortmöglichkeit)

Grafik 8: Berufserfahrung der Befragten (Basis : N=89)



4.6 Tools für Diabetesfachberaterinnen und -berater, um die Raucherberatung zu verbessern

Befragt nach dem notwendigen Rüstzeug, welches die Diabetesberatung nötig hat, um ihre Aufgabe als Agenten der sekundären Raucherprävention wahrzunehmen, ist sich die Mehrheit der Befragten einig: Das Problem der Raucherentwöhnung muss in Weiterbildungskursen mit Praxisanleitung vermittelt werden. Mehr als die Hälfte denkt, dass das

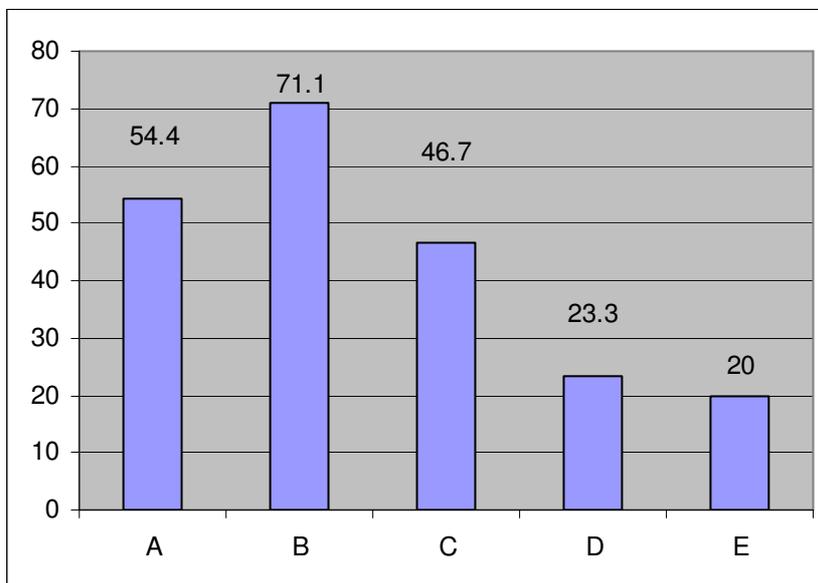
Frage:

Was braucht es Ihrer Ansicht nach vor allen Dingen, um in der Diabetesberatung besser mit rauchenden Patienten und Patientinnen umgehen zu können? (Mehrfachantworten möglich)

Antwortvorgaben :

- A man muss das Problem bereits in der Ausbildung behandeln
- B Weiterbildungskurse mit Praxisanleitung sind nötig
- C ein gutes Manual zum Thema für Diabetesberater und -beraterinnen ist wichtig
- D es braucht von Seiten der Diabetesberatung mehr Beharrlichkeit und Einfühlungsvermögen
- E etwas anderes

Grafik 9: Benötigte Tools, um die Raucherberatung zu verbessern (Basis: N=90)



notwendige Rüstzeug zur Raucherberatung bereits in der Ausbildung erworben werden sollte. Zusätzlich braucht es eine überzeugende Handreichung für Berater und Beraterinnen. Etwas mehr Beharrlichkeit könnte nach Ansicht von 23% der Befragten auch nichts schaden.

Nachgefragt, was es denn sonst brauche, um besser mit rauchenden Patienten und Patientinnen umgehen zu können, wird häufig die fehlende Zeit angesprochen. „Wir brauchen mehr Beratungszeit“ ist der Tenor. Eine Beraterin meint beispielsweise: „Ich muss schon sehr viel Zeit und Einfühlungsvermögen aufwenden, um eine Veränderung des Essverhaltens zu bewirken. Wenn ich jetzt auch noch als Beraterin für Rauchstopp zuständig sein soll, ist das in meinen Augen zu viel.“ Eine andere meint: „Die Klienten werden bei mir zur Ernährungsberatung angemeldet, und nicht zu einer Rauchstoppberatung. Ich bin Diabetesfachfrau und kein Gesundheitsapostel“. Manche Beraterinnen wehren sich auch dagegen, die Patienten und Patientinnen unter Druck zu setzen: „Ich erfahre immer wieder, dass je mehr die Umwelt Druck ausübt, man solle aufhören zu rauchen, desto mehr rauchen die Leute. Rauchen ist dann eine Trotzreaktion; das können wir auch beim Essen feststellen. Unterstützende Gespräche sind notwendig, doch wir können dem Patienten

die Motivation nicht geben, er muss sie selber finden – wir können ihm die Motivation höchstens nehmen“. Andere Beraterinnen plädieren für eine klare Aufgabenteilung, die Rauchstoppberatung solle von speziell dafür ausgebildeten Personen durchgeführt werden, und nicht von Diabetesfachpersonen, denn für die Raucherentwöhnung sei solides psychotherapeutisches Fachwissen nötig, dazu komme, – so ein häufiges Argument – dass vor allem bei Neudiagnosen, die Patienten und Patientinnen schon genug mit der Ernährungsumstellung zu tun hätten, so dass sie nicht auch noch mit einem Rauchstopp konfrontiert werden könnten. In vielen Fällen wäre es schon eine Hilfe, wenn man einschlägige Adressen hätte, wo man die Klienten hinschicken könnte.

5. Folgerung

Eine Mehrheit der Diabetesberaterinnen und -berater hat keine Ausbildung in der Rauchstoppberatung absolviert. Entsprechend ist ihr Wissen über die Zusammenhänge von Diabetes und Rauchen limitiert, und nur eine Minderheit versucht immer wieder aufs Neue die Patienten und Patientinnen zum Rauchstopp zu bewegen. Dieser Sachverhalt unterstreicht die Notwendigkeit von Weiterbildungsmaßnahmen, ist doch die Kombination von Diabetes und Rauchen eine Hochrisikokonstellation.

Literatur

Biesenbach G, Grafinger P, Janko O et al. (1997). Influence of cigarette smoking on the progression of clinical diabetic nephropathy in type 2 diabetic patients. *Clin Nephrol* 48: 146–150.

Bundesamt für Statistik (2006). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, Spezialauswertung Manfred Neuhaus.

Busch P., Hammes HP., Kerner W., Dapp A., Grabert M., Holl R.W. (2006). Rauchen als Risikofaktor für mikroangiopathische Veränderungen bei erwachsenen Patienten mit Diabetes mellitus. *Diabetologie* 305-310.

Ford E, Malacher A, Herman W, Aubert R (1994). Diabetes mellitus and cigarette smoking: findings from the 1989 National Health Interview. *Diabetes Care* 17: 688-692.

Houston TK, Person SD, Pletcher MJ, Liu K, Iribarren C, Kiefe CI (2006). Active and passive smoking and development of glucose intolerance among young adults in a prospective cohort: CARDIA study. *BMJ* 332: 1064-1069.

Kempler P, Tesfaye S, Chaturvedi N et al. (2002). Autonomic neuropathy is associated with increased cardiovascular risk factors: the EURODIAB IDDM Complications Study. *Diabetic Med* 19:900-909.

Kuntschen F (2002). Die Schweizerische Diabetesbefragung 1999. *Schweiz Med Forum* 46: 1102-1104.

Tibbs TL, Haire-Joshu D (2002). Avoiding high-risk behaviors: Smoking prevention and cessation in diabetes care. *Diabetes Spectrum* 15:164-169.

Anhang 1: Fragebogen

Rauchstopp bei Menschen mit Diabetes

1. Rauchen schadet allen. Für Menschen mit Diabetes birgt Rauchen zusätzliche Risiken. In welcher Hinsicht? (Mehrfachantworten möglich)

- Rauchen erhöht die Glukoseintoleranz
- Rauchen führt zu einer Schädigung der Nieren
- Rauchende Menschen mit Diabetes sind besonders gefährdet, an einer Schädigung der Herzkranzgefäße zu erkranken
- Rauchen führt zu einer vorzeitigen Schädigung der Netzhaut
- Rauchen erhöht das Risiko einer arteriellen Verschlusskrankheit (AVK) der Beine
- Rauchen erhöht das Risiko, an einer Neuropathie zu erkranken

2. Was schätzen Sie, wie viele, die wegen Diabetes behandelt werden, rauchen? (Eine Antwortmöglichkeit)

- über 30%
- 26-30%
- 20-25%
- 15-19%
- weniger als 15%
- ich weiss nicht

3. Sprechen Sie während Ihren Beratungen Ihre Patienten und Patientinnen darauf an, ob sie rauchen? (Eine Antwortmöglichkeit)

- ja, immer wieder aufs Neue
- ja, hin und wieder
- ja, bei der ersten Konsultation
- nein

4. Wenn Sie Ihre Patienten und Patientinnen nicht auf das Rauchverhalten ansprechen. Warum nicht? (Mehrfachantworten möglich)

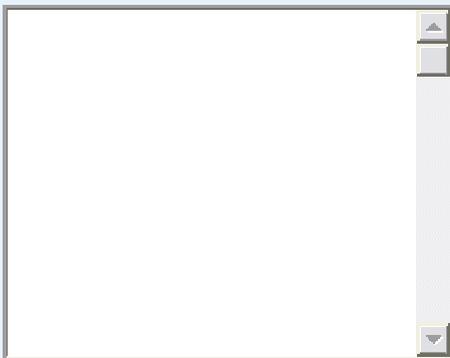
- weil dies nicht zu den Aufgaben der Diabetesberatung gehört
- weil Menschen mit Diabetes schon genug mit ihrer Grunderkrankung zu kämpfen haben, da soll man ihnen nicht eine Krücke nehmen
- weil ich nicht weiss, wie ich Patienten und Patientinnen vom Rauchen abbringen kann
- weil gute Ratschläge im Falle von abhängigen Rauchenden ohnehin nichts bringen
- weil der Rauchstopp oft zu einer Gewichtszunahme führt, was für Menschen mit Diabetes schädlich ist
- weil letztlich alle für ihre Gesundheit selbstverantwortlich sind

5.

Wenn Sie Ihre Patienten und Patientinnen auf Ihr Rauchverhalten ansprechen, was tun Sie dann? (Mehrfachantworten möglich)

- ich rate ihnen dringend, das Rauchen aufzugeben
- ich gebe ihnen eine Broschüre mit Ratschlägen und Tipps für den Rauchstopp
- ich gebe ihnen eine Adresse eines Spezialisten oder einer Spezialistin für Raucherentwöhnung
- ich kontrolliere sie regelmässig und unterstütze sie
- kommt ganz darauf an

auf was kommt es an?



6.

Glauben Sie, dass Sie Ihre rauchenden Patienten und Patientinnen zu einem Rauchstopp motivieren können? (Eine Antwortmöglichkeit)

- ja, in fast allen Fällen
- ja, in etwa der Hälfte der Fälle
- ja, bei etwa einem Drittel der Fälle
- ja, bei 10-20% der Fälle
- ja, aber bei weniger als 10% der Fälle

- fast nie
- ich weiss nicht

7. Haben Sie persönlich eine Weiterbildung in der Rauchstoppperatung absolviert? (Eine Antwortmöglichkeit)

- ja, innerhalb der letzten 6 Monate
- ja, innerhalb der letzten 12 Monate
- ja, innerhalb der letzten 2 Jahre
- ja, aber schon vor mehr als 2 Jahren
- nein, noch nie

8. Rauchen Sie persönlich? (Eine Antwortmöglichkeit)

- ja, ab und zu
- ja, täglich
- nein, aber ich habe früher geraucht
- nein, ich war stets Nichtraucherin

9. Auf wie viele Jahre Berufserfahrung in der Diabetesberatung blicken Sie zurück? (Eine Antwortmöglichkeit)

- weniger als 1 Jahr
- zwischen 1 und 2 Jahren
- zwischen 3 und 5 Jahren
- mehr als 5 Jahre

10. Was braucht es Ihrer Ansicht nach vor allen Dingen, um in der Diabetesberatung besser mit rauchenden Patienten und Patientinnen umgehen zu können? (Mehrfachantworten möglich)

- man muss das Problem bereits in der Ausbildung behandeln
- Weiterbildungskurse mit Praxisanleitung sind nötig
- ein gutes Manual zum Thema für Diabetesberaterinnen und -berater ist wichtig

es braucht von Seiten der Diabetesberatung mehr Beharrlichkeit und Einfühlungsvermögen

etwas anderes

was denn?

[Umfrage erstellt mit Hilfe von '2ask'](#) **2ask**

Anhang 2: Begleitbrief

Sehr geehrte Damen und Herren

Rauchen schadet bekanntlich allen. Rauchende Menschen mit Diabetes gehen ganz besondere Risiken ein. Wir von der Diabetesgesellschaft möchten von den Diabetesfachpersonen gerne wissen, wie Sie mit rauchenden Patienten und Patientinnen umgehen, welche Schwierigkeiten Sie haben, wo Sie Probleme sehen. Ziel der Umfrage ist es, Ihnen Hilfestellung bei der Beratung mit rauchenden Patienten und Patientinnen zu geben. Bitte füllen Sie den kleinen Fragebogen doch umgehend aus. Sie brauchen dazu weniger als 10 Minuten.

Ganz herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!