

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Universität zu Lübeck  
Direktor: Prof. Dr. Hohagen

---

Einstellungen von Frauenärzten in Schleswig-Holstein zu Kurzintervention  
bei Tabak- und Alkoholkonsum

Inauguraldissertation  
zur  
Erlangung der Doktorwürde  
der Universität zu Lübeck  
-Aus der Medizinischen Fakultät-



vorgelegt von  
Antje Demmert  
aus San José (Costa Rica)  
Lübeck 2010

1. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. phil. Hans-Jürgen Rumpf

2. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. med. Dominique Finas

Tag der mündlichen Prüfung: 14.03.2011

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 14.03.2011

# Inhaltsverzeichnis

|          |                                                                    |          |
|----------|--------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung</b>                                                  | <b>6</b> |
| <b>2</b> | <b>Theorieteil</b>                                                 | <b>8</b> |
| 2.1      | Diagnostik des Tabakkonsums . . . . .                              | 8        |
| 2.1.1    | Definition von Rauchen, Extrauchen, Nichtraucher . . . . .         | 8        |
| 2.1.2    | Definition von Tabakabhängigkeit . . . . .                         | 8        |
| 2.1.3    | Anamnese des Tabakkonsums . . . . .                                | 10       |
| 2.2      | Diagnostik des Alkoholkonsums . . . . .                            | 10       |
| 2.2.1    | Klassifikation von Trinkmengen . . . . .                           | 10       |
| 2.2.2    | Definition von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit . . . . .       | 11       |
| 2.2.3    | Anamnese des Alkoholkonsums . . . . .                              | 13       |
| 2.3      | Epidemiologie . . . . .                                            | 14       |
| 2.3.1    | Tabakkonsum in Deutschland . . . . .                               | 14       |
| 2.3.2    | Alkoholkonsum in Deutschland . . . . .                             | 16       |
| 2.4      | Gesundheitliche Folgen von Tabak- und Alkoholkonsum für Frauen . . | 18       |
| 2.4.1    | Frauen und Rauchen . . . . .                                       | 18       |
| 2.4.2    | Frauen und Alkohol . . . . .                                       | 20       |
| 2.5      | Das Konzept der Kurzintervention . . . . .                         | 22       |
| 2.5.1    | Definition . . . . .                                               | 22       |
| 2.5.2    | Formen der Kurzintervention . . . . .                              | 22       |
| 2.5.3    | Effektivität . . . . .                                             | 25       |

|          |                                                                 |           |
|----------|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.5.4    | Die Rolle des Arztes bei der Kurzintervention . . . . .         | 25        |
| 2.6      | Kurzintervention in der Frauenarztpraxis . . . . .              | 26        |
| <b>3</b> | <b>Methodik</b>                                                 | <b>28</b> |
| 3.1      | Vorgehen . . . . .                                              | 28        |
| 3.2      | Stichprobe . . . . .                                            | 29        |
| 3.3      | Fragebogen . . . . .                                            | 29        |
| 3.4      | Eigener Anteil . . . . .                                        | 31        |
| 3.5      | Auswertung . . . . .                                            | 31        |
| <b>4</b> | <b>Ergebnisse</b>                                               | <b>32</b> |
| 4.1      | Datenerhebung . . . . .                                         | 32        |
| 4.2      | Stichprobe . . . . .                                            | 33        |
| 4.3      | Einstellung zu Kurzintervention . . . . .                       | 33        |
| 4.4      | Hinderungsgründe . . . . .                                      | 35        |
| 4.5      | Durchführung von und Bereitschaft zu Kurzintervention . . . . . | 36        |
| 4.5.1    | Erfassung des Konsums . . . . .                                 | 36        |
| 4.5.2    | Beratung . . . . .                                              | 37        |
| 4.5.3    | Überweisung an Suchthilfestellen . . . . .                      | 37        |
| 4.5.4    | Auslegen von Informationsbroschüren . . . . .                   | 38        |
| 4.6      | Besondere Patientinnenkollektive . . . . .                      | 38        |
| <b>5</b> | <b>Diskussion</b>                                               | <b>40</b> |
| 5.1      | Stichprobe . . . . .                                            | 40        |
| 5.2      | Wichtigkeit von Kurzintervention . . . . .                      | 41        |
| 5.3      | Einstellung zu Kurzintervention . . . . .                       | 42        |
| 5.4      | Einschätzung der eigenen Kompetenz . . . . .                    | 42        |
| 5.5      | Hinderungsgründe . . . . .                                      | 43        |
| 5.6      | Durchführung und Bereitschaft zu Kurzintervention . . . . .     | 44        |
| 5.6.1    | Erfassung des Konsums . . . . .                                 | 44        |

|          |                                           |           |
|----------|-------------------------------------------|-----------|
| 5.6.2    | Beratung . . . . .                        | 45        |
| 5.6.3    | Überweisung . . . . .                     | 45        |
| 5.6.4    | Auslegen von Broschüren . . . . .         | 46        |
| 5.7      | Besondere Patientinnengruppen . . . . .   | 47        |
| 5.8      | Vergleich mit anderen Studien . . . . .   | 48        |
| 5.9      | Schlussfolgerung . . . . .                | 48        |
| 5.10     | Vorteile und Grenzen der Studie . . . . . | 49        |
| <b>6</b> | <b>Zusammenfassung</b>                    | <b>51</b> |
| <b>7</b> | <b>Danksagung</b>                         | <b>65</b> |
| <b>8</b> | <b>Lebenslauf</b>                         | <b>66</b> |

# 1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit untersucht die Einstellung von Frauenärzten zu Patientinnen, die rauchen oder einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen. Ein wichtiger Aspekt dabei ist, dass Prävention und Intervention von Abhängigkeitserkrankungen in Frauenarztpraxen bislang selten im Blickpunkt der Forschung standen. In der Öffentlichkeit wurde Alkoholabhängigkeit vor allem als ein Problem von Männern angesehen. Das mag daran liegen, dass Männer mehr Alkohol konsumieren als Frauen und dass es mehr männliche Alkoholabhängige gibt [16]. Allerdings sind 1,4% der weiblichen Bevölkerung nach DSM-IV Kriterien alkoholabhängig und weitere 8-9% konsumieren Alkohol in riskantem oder schädlichem Ausmaß. Diese Zahlen zeigen, dass frauenspezifische Suchtforschung wichtig und notwendig ist. Die Raucherquote ist bei Männern ebenfalls höher als bei Frauen, sie hat sich allerdings in den letzten Jahren angeglichen, was hauptsächlich an einer Abnahme männlicher Raucher und bei gleichzeitiger Zunahme an Raucherinnen liegt (s. o.). Bei Frauen und Substanzkonsum sind eine Reihe spezifischer gesundheitlicher Wechselwirkungen zu beachten. Obwohl das gesundheitliche Risiko in der Schwangerschaft schon seit langem bekannt ist, wurden die Auswirkungen von Alkohol und Rauchen für Mutter und Kind erst in den letzten Jahrzehnten zu einem Schwerpunkt der Forschung und präventiven Medizin [57][25]. Dass Alkohol- und Tabakkonsum auch nicht schwangere Frauen in besonderem Maße schädigen kann, ist erst in den letzten Jahren zum Forschungsgegenstand geworden [1][24][85]. Körperliche Schäden durch den Konsum von Tabak und Alkohol sind sehr vielfältig und betreffen fast jedes Organsystem des Menschen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit für Ärzte

aller Fachrichtungen, mit rauchenden und Alkohol konsumierenden Patienten professionell umzugehen. Dies bedeutet u. a. Kenntnis und Anwendung von Präventions- und Interventionsformen, die helfen können, den drohenden gesundheitlichen Schaden abzuwenden. Dadurch soll der schädliche Substanzkonsum nicht erst durch seine eventuell irreversiblen Folgeerkrankungen aufgedeckt werden. Diese Verfahren beinhalten ein regelmäßiges Screening gesunder oder unauffälliger Patienten sowie Interventionsformen, die wenig Änderungsbereitschaft des (noch gesunden) Patienten voraussetzen. Frauenärzte waren bislang nur selten im Blickpunkt der Forschung und Öffentlichkeit in Bezug auf Kurzintervention bei Tabak- und riskantem Alkoholkonsum. Sie sind jedoch ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Grundversorgung der Frau und begleiten Frauen üblicherweise in mehreren wichtigen Lebensphasen, von der Adoleszenz über die Schwangerschaft bis zur Menopause [52]. Sie sind der primäre Ansprechpartner für viele Fragen und Probleme, die in einem engen Zusammenhang mit dem Risiko durch Rauchen oder erhöhtem Alkoholkonsum stehen (z.B. Empfängnisverhütung und Schwangerschaft).

Diese Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, die Rolle des Frauenarztes bei der Prävention und Intervention von schädlichem Substanzkonsum zu untersuchen. Dazu wurde in einem ersten Schritt die Einstellung zu Kurzintervention erhoben, weiterhin die Hinderungsgründe sowie die Bereitschaft, Kurzintervention durchzuführen. Dieses Wissen kann als Grundlage für die Entwicklung neuer Interventionsformen dienen, die sich speziell an die Bedürfnisse und Anforderungen in Frauenarztpraxen richten.

## 2 Theorieteil

### 2.1 Diagnostik des Tabakkonsums

#### 2.1.1 Definition von Rauchern, Exrauchern, Nichtraucher

Im epidemiologischen Suchtsurvey aus dem Jahr 2006 [16] zu Tabakkonsum und Nikotinabhängigkeit in Deutschland wurde als Raucher definiert, wer in den letzten 30 Tagen geraucht hat. Nichtraucher hatten lebenszeitbezogen insgesamt weniger als 100 Zigaretten geraucht, Exraucher lebenszeitbezogen mehr als 100 Zigaretten, waren aber zum Zeitpunkt der Untersuchung seit 30 Tagen abstinent. Diese Definition beziehen sich auf eine Leitlinie der WHO [2].

#### 2.1.2 Definition von Tabakabhängigkeit

In Deutschland werden Erkrankungen in der Regel nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) definiert [32]. In der ICD-10 werden sechs Kriterien genannt, von denen drei in den letzten 12 Monaten gleichzeitig vorliegen mussten, damit die Diagnose „Tabakabhängigkeit“ (F17.2 nach ICD-10) gestellt werden kann:

- Starker Wunsch oder Zwang, Tabak zu konsumieren
- Eingeschränkte Kontrolle über Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- Entzugserscheinungen bei Reduktion oder Beendigung des Konsums; Konsum, um die Entzugssymptome zu mildern

- Toleranzentwicklung: Um eine gleichbleibende Wirkung zu erzielen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
- Zunehmende Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen zugunsten des Konsums
- Anhaltender Konsum trotz des Nachweises von Folgeschäden

Ein alternatives Klassifikationsschema ist das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) der American Psychiatric Association, auf deutsch „Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen“ [73]. Danach besteht eine Nikotinabhängigkeit (305.1), wenn mindestens 3 der folgenden Kriterien in den letzten 12 Monaten zutreffen:

- Toleranzentwicklung
- Entzugssymptome
- Es wird in größeren Mengen oder über längeren Zeitraum als ursprünglich beabsichtigt Tabak konsumiert.
- Wunsch oder erfolglose Versuche, den Tabakkonsum zu reduzieren oder zu kontrollieren
- Viel Zeit wird mit Beschaffung, Konsum oder Erholung von Substanzwirkungen verbracht.
- Konsum führt zum Rückzug von sozialen, beruflichen und Freizeitaktivitäten.
- Konsum wird fortgesetzt, obwohl erkannt wird, dass er psychisch oder körperlich schadet.

Ein Test, um die Stärke der körperlichen Abhängigkeit zu messen, ist der „Fagerström Test für Nikotinabhängigkeit“ (FTND) [44]. Bei diesem Test wird anhand eines Fragebogens u. a. die Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag und die Zeitspanne bis zur

ersten Zigarette am Morgen abgefragt. Je höher der erreichte Wert auf einer Skala von 1-10 ist, desto stärker ist die Abhängigkeit.

### **2.1.3 Anamnese des Tabakkonsums**

Bei der Anamnese des Tabakkonsums sind die Anzahl und Art der Zigaretten, das Einstiegsalter, der Zeitpunkt der ersten Zigarette am Morgen, Konsummuster (kontinuierlich, intermittierend, nächtliches Rauchen), Abstinenzversuche, Abstinenzphasen und die aktuelle Bereitschaft zur Beendigung des Tabakkonsums wichtige Parameter [6]. Als Indikatoren für eine Tabakabhängigkeit gelten besonders der Zeitpunkt der ersten Zigarette am Morgen (Wenn innerhalb der ersten Stunde nach dem Aufstehen geraucht wird, ist eine körperliche Abhängigkeit wahrscheinlich.), eine körperliche Entzugssymptomatik und erfolglose Ausstiegsversuche [6]. Als Zeichen einer starken körperlichen Abhängigkeit ist ein nächtliches Verlangen nach Zigaretten zu werten, das den Schlaf stört (Nocturnal sleep disturbing nicotine craving) [77]. Als objektive Methode kann der Kohlenmonoxidwert (CO) in der Atemluft gemessen werden [6]. CO-Werte unter 5 ppm sind im Allgemeinen nur bei Nichtrauchern zu finden. Ein durchschnittlicher Raucher mit einem Tageskonsum von etwa 20 Zigaretten erzielt einen CO-Wert von 15 bis 30 ppm, während Raucher mit einem hohen Zigarettenkonsum (mehr als 25 Zigaretten/Tag) CO Werte von über 40 ppm erreichen. Der CO-Wert unterliegt aber deutlichen tageszeitlichen Schwankungen und kann somit verfälscht werden [43], außerdem ist er für die routinemäßige Anwendung zu aufwendig, so dass die Erfassung des Tabakkonsums über die Anamnese erfolgen sollte.

## **2.2 Diagnostik des Alkoholkonsums**

### **2.2.1 Klassifikation von Trinkmengen**

Zur Einschätzung der gesundheitlichen Gefährdung durch Alkohol entwickelten Bühner, Augustin et al. [20] eine Klassifikation, nach der der Alkoholkonsum in den

letzten 12 Monaten unterteilt wird in Abstinenz, risikoarmen Konsum (Männer: > 0 - 30 g, Frauen: > 0 - 20 g), riskanten Konsum (Männer: > 30 - 60 g, Frauen: > 20 - 40 g), gefährlichen Konsum (Männer: > 60 - 120 g, Frauen: > 40 - 80 g) sowie Hochkonsum (Männer: > 120 g, Frauen: > 80 g). Bei riskantem Konsum (hazardous drinking) ist das Risiko erhöht, bei fortgesetztem erhöhtem Konsum gesundheitlichen Schaden zu nehmen. Gefährlicher oder schädlicher Konsum (harmful drinking) zeichnet sich durch physische und psychische Schäden wie z.B. Leberzirrhose oder depressive Episoden aus. Neben der Konsummenge ist aber auch das Trinkverhalten wichtig, da sich Folgeschäden je nach Trinkverhalten (regelmäßiger erhöhter Konsum oder episodisches Rauschtrinken) unterscheiden [39]. Episodisches Rauschtrinken („binge drinking“) ist unterschiedlich definiert, in deutschen Studien ist damit meistens ein Alkoholkonsum von fünf oder mehr Getränken bei einer Trinkgelegenheit gemeint [86]. Episodisches Rauschtrinken hat auch unabhängig von der gesamten Trinkmenge ungünstige Auswirkungen auf Unfallhäufigkeit und koronare Herzkrankheit [39].

### **2.2.2 Definition von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit**

Nach der ICD-10 wird schädlicher Alkoholgebrauch (F 10.1) als ein Alkoholkonsum definiert, der zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche Störung, z. B. Leberschädigung, oder eine psychische Störung, z.B. eine depressive Episode sein. Nach DSM-IV ist Alkoholmissbrauch (305.00) ein unangepasstes Muster von Alkoholkonsum, das in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert [73]:

- Wiederholter Alkoholkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt
- Wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann

- Wiederholte Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum
- Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
- Die Symptome haben niemals die Kriterien für Alkoholabhängigkeit erfüllt.

Parallel zur Tabakabhängigkeit wird Alkoholabhängigkeit nach der ICD-10 (F 10.2) und DSM-IV (303.90) klassifiziert. Die beiden Klassifikationssysteme stimmen in der Beschreibung des Abhängigkeitssyndroms weitgehend überein. Nach ICD-10 müssen mindestens drei der sechs Kriterien erfüllt sein, damit die Diagnose der Alkoholabhängigkeit erfüllt ist:

- starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu trinken
- Kontrollverlust in Bezug auf die Menge, den Beginn oder das Ende des Konsums
- körperliche Entzugserscheinungen bei Konsumstopp oder Konsumreduktion
- Toleranzentwicklung
- Vernachlässigung anderer Tätigkeiten, um stattdessen zu konsumieren, Alkohol zu beschaffen, oder sich vom Konsum zu erholen
- trotz nachgewiesener körperlicher Spätfolgen weiterer Alkoholkonsum

Nach DSM-IV wird Alkoholabhängigkeit definiert als ein unangepasstes Muster von Substanzkonsum, das in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt, wobei mindestens drei der folgenden Kriterien zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:

- Entzugssymptome
- Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.

- Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren
- Toleranzentwicklung
- Viel Zeit für Aktivitäten, um den Alkohol zu beschaffen, zu sich zu nehmen oder sich von den Wirkungen zu erholen
- Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.
- Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz der Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde

### 2.2.3 Anamnese des Alkoholkonsums

Als „Screening“ für Alkoholabhängigkeit in der Arztpraxis liegen verschiedene Tests vor. Einer der älteren Tests ist der Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) [78], der durch seine relative Länge (22 Fragen) routinemäßig nur schwer in der Arztpraxis durchzuführen ist. Ein weiterer Test ist der CAGE-Test [34]. CAGE ist ein Akronym für Cut-down/Annoyed/Guilty/Eye-Opener. Dabei weisen zwei oder mehr Zustimmungen zu den folgenden Fragen auf eine Alkoholabhängigkeit hin:

- C** = Cut down: „Haben Sie (erfolglos) versucht, Ihren Alkoholkonsum einzuschränken?“
- A** = Annoyed: „Haben andere Personen Ihr Trinkverhalten kritisiert und Sie damit verärgert?“
- G** = Guilty: „Hatten Sie schon Schuldgefühle wegen Ihres Alkoholkonsums?“
- E** = Eye Opener: „Haben Sie jemals schon gleich nach dem Aufstehen getrunken, um ‚in die Gänge zu kommen‘ oder sich zu beruhigen?“

Der CAGE-Test ist schnell und einfach durchzuführen, und somit gut geeignet für

die routinemäßige Anwendung in der Arztpraxis [11]. Erfasst wird vor allem eine Alkoholabhängigkeit, weniger der riskante Konsum. Die Sensitivität des CAGE-Tests ist für Frauen allerdings deutlich niedriger als für Männer [11]. Der Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST) [71] ist für den deutschsprachigen Raum entwickelt und validiert. Er besteht aus sieben Punkten. Ein in- zwischen gut untersuchter Test zur Erfassung von riskantem Alkoholkonsum bzw. zur Frühdiagnostik von Alkoholproblemen ist der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) [74]. Der Fragebogen erhebt mit zehn Fragen sowohl die durchschnittlich konsumierte Alkoholmenge als auch mögliche soziale und psychologische Folgen des Trinkens. Werden mehr als acht Punkte erreicht, weist dies auf ein bestehendes Alkoholproblem hin. Eine Alternative für den AUDIT ist der BASIC, der durch seine Kürze (sechs Punkte) leicht anzuwenden ist [22]. Jedes positive Screening-Resultat sollte durch weiterführende Diagnostik ergänzt werden. Biologische Marker, wie z.B. GGT, ASAT, ALAT, MCV und CDT können nicht effektiv zur Erkennung einer Alkoholabhängigkeit eingesetzt werden, da die Sensitivität der Laborparameter, besonders bei Frauen, zu gering ist [11].

## **2.3 Epidemiologie**

### **2.3.1 Tabakkonsum in Deutschland**

#### **Frauen**

Seit den 80er Jahren ist der Tabakkonsum in Deutschland bei beiden Geschlechtern von insgesamt 57,4% auf 39,5% im Jahr 2006 zurückgegangen [16]. 2006 bezeichneten sich 27,8% der Frauen als Raucherinnen im Vergleich zu 35,8% der Männer. Insgesamt haben sich die Rauchraten von jungen Männern und Frauen über den Zeitraum angeglichen, was hauptsächlich an einer Abnahme männlicher Raucher und gleichzeitig einer Zunahme von Raucherinnen beruht (s.o.). Von 1995 bis 2003 stieg der Anteil

junger Frauen (18-24 Jahre), die rauchen, von 33,8% auf 39,7% an und fiel bis 2006 leicht auf 37,8% [16]. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Raucherinnen ab, die Menge des Zigarettenkonsums steigt aber an. Bei den 18-64jährigen Frauen sind 22,7% mit über 20 gerauchten Zigaretten pro Tag starke Raucherinnen [16].

## **Mädchen**

Insgesamt bezeichneten sich 2008 32,0% der 12-25 jährigen Jugendlichen als Raucher, 31,2% der Jungen und 32,8% der Mädchen. 41% der aktuellen Raucherinnen rauchten 10 Zigaretten am Tag und mehr [8]. Bei den 12-17 jährigen Mädchen war die Raucherquote in den letzten Jahren, ebenso wie bei gleichaltrigen Jungen, rückläufig, Geschlechtsunterschiede ließen sich nicht mehr finden. Der Anteil starker Raucherinnen ist allerdings seit 2003 kaum zurückgegangen [8]. Die Raucherraten von Schülerinnen zwischen 15-16 wurden europaweit durch das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) erhoben. Dabei wurden die aktuellen Prävalenzen und die Trends seit 1995 berücksichtigt. [45]. Vergleichbar mit Erwachsenen zeigt sich auch in der ESPAD Studie eine Annäherung der Rauchraten. 2007 gaben mehr Mädchen als Jungen (31% vs. 35% an, in den letzten 30 Tagen geraucht zu haben (s. o.).

## **Abhängige Raucher**

Weniger Frauen als Männer sind nikotinabhängig. 2001 lag der Anteil an Frauen, die im Fagerström-Test einen Wert  $> 4$  haben bei 30% (Kraus and Augustin 2001). Diesem Wert entspricht eine deutliche körperliche Abhängigkeit (Breslau and Johnson 2000). 2006 erfüllten 20,9% der Frauen und 22,4% der Männer die Kriterien der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV [16].

## **Bereitschaft zur Beendigung des Rauchens**

34,3% der Raucherinnen versuchten zum Zeitpunkt der Repräsentativerhebung von 2001 die Abstinenz aufrecht zu erhalten und 37,2% befanden sich im Stadium der

Absichtsbildung, d.h. sie spielten mit dem Gedanken, das Rauchen aufzugeben. Ein Fünftel der Raucherinnen hatte keine Absicht, das Rauchen einzustellen [51]. Damit zeigte über die Hälfte der Frauen nur wenig Bereitschaft, ihr Rauchverhalten in absehbarer Zeit zu ändern. Im Gegensatz dazu wollten in der Gruppe der 12-25-jährigen rund zwei Drittel ihren Konsum entweder reduzieren oder ganz einstellen, besonders hoch war die Bereitschaft zur Beendigung des Rauchens bei Mädchen im Alter von 12-15 Jahren mit 79%. In den letzten 12 Monaten vor der Repräsentativerhebung erhielt nur jeder 5. Raucher und jede 6. Raucherin einen ärztlichen Ratschlag, mit dem Rauchen aufzuhören. Von den Frauen, die erfolgreich aufhörten, benutzten 83,2% dazu keine Hilfsmittel, bei den übrigen halfen vor allem Unterstützung durch Freunde und Familie sowie Informationsmaterial [51]. In einer weiteren Allgemeinbevölkerungsstudie befanden sich 95 % der Raucher in den Stadien der Absichtslosigkeit oder Absichtsbildung, lediglich 5% waren in der Vorbereitungsphase [70].

## **2.3.2 Alkoholkonsum in Deutschland**

### **Frauen**

Insgesamt trinken Frauen weniger Alkohol als Männer. Die meisten Frauen (62,7%) gaben in der Repräsentativbefragung 2006 risikoarmen Konsum an, 5,7% riskanten Konsum und wenige Frauen gefährlichen Konsum oder Hochkonsum an (1,3%/ 0,1%) [62]. Die Prävalenz des Rauschtrinkens (5 oder mehr Gläser alkoholhaltiger Getränke) ist bei Frauen deutlich geringer als bei Männern. 19,6% der Frauen gaben in den letzten 30 Tagen mindestens einmal Rauschtrinken an (im Gegensatz zu 44,8% der Männer) (s. o.). In der Altersgruppe der 18-20jährigen sind es 15,7% der Frauen, die viermal oder häufiger im letzten Monat exzessiv Alkohol getrunken haben (s.o.). Seit 1995 hat die Prävalenz des Rauschtrinkens bei Frauen zwar insgesamt leicht abgenommen (von 19,6% auf 14,4%) bei jungen Frauen (18-24 Jahre) gibt es allerdings eine Steigerung von 23,0% auf 32,1%. Der Trend des Alkoholkonsums seit 1995 zeigt bei beiden Geschlechtern eine

signifikante Verschiebung von riskantem, gefährlichem und Hochkonsum zu risikoarmen Konsum und Abstinenz [62].

## **Mädchen**

In der ESPAD Befragung gaben über 90% der deutschen Schüler zwischen 15 und 16 Jahren an, in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken zu haben [45]. Auch beim Alkoholkonsum im letzten Monat sind Geschlechtsunterschiede gering (74% der Mädchen, 77% der Jungen) (s.o.). Von 2004 auf 2007 stieg nach einer Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung der Alkoholkonsum bei den 12-17jährigen leicht an [7]. Der Anteil von abstinenten Jugendlichen dieser Altersgruppe ist 27% (Jungen: 27%, Mädchen 26%). 27% der Jungen und 16% der Mädchen trinken mind. einmal pro Woche Alkohol. Von 2004 bis 2007 stieg der Pro-Kopf-Konsum der 12-15 jährigen Mädchen von 14,8 g Reinalkohol auf 15,9 g, bei Jungen fiel er von 26,6 g auf 26,1 g.

## **Missbrauch und Abhängigkeit**

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV ist in Deutschland am stärksten bei jungen Erwachsenen (18-20 Jahre) verbreitet, von denen ca. 8,8% die Kriterien für einen Alkoholmissbrauch erfüllen und 5,5% für Alkoholabhängigkeit. Mit dem Alter sinken die Prävalenzraten kontinuierlich [62]. Generell sind Frauen deutlich weniger betroffen, die Kriterien für Alkoholmissbrauch erfüllten 1,2% und eine Abhängigkeit 1,4% der Frauen (s. o.).

## **Bereitschaft zur Beendigung des erhöhten Alkoholkonsums**

In einer norddeutschen Bevölkerungsstudie von 1999 befand sich der Großteil der alkoholabhängigen Allgemeinbevölkerung im Stadium der Absichtsbildung (58%), 26% im Stadium der Absichtslosigkeit und 16% im Stadium der Handlung [72].

## **2.4 Gesundheitliche Folgen von Tabak- und Alkoholkonsum für Frauen**

Bei den führenden Todesarten in Deutschland stehen für Frauen an erster Stelle Kreislauferkrankungen und bösartige Krebserkrankungen, dahinter folgen Herzinfarkt und Erkrankungen der Atmungs- und Verdauungsorgane [4]. Bei der Frühsterblichkeit (Frauen unter 65 Jahren) stehen Krebserkrankungen mit 44,1% im Vordergrund, vor allem Brustkrebs (12,1%), Malignome der weiblichen Geschlechtsorgane (6%) und Lungenkrebs (4,2%). Auf den Zusammenhang von Krebserkrankungen der Frau mit Tabak- und Alkoholkonsum wird im Folgenden noch näher eingegangen. Laut einer Schätzung sind 10,4% aller Todesfälle bei Frauen auf Rauchen und/oder Alkoholkonsum zurückzuführen [47]. 5,2% aller herzkreislaufbedingten Todesfälle bei Frauen (über 35 J.) sind alleine auf Rauchen zurückzuführen, 4,3% auf Rauchen und Alkohol. Bösartige Krebserkrankungen, vor allem der Atemwege, des Pankreas, der Harnblase und des Gebärmutterhalses sind bei Frauen (über 35 J.) in 9,0% auf Tabakkonsum zurückzuführen, in 2,6% auf sowohl Tabak- als auch auf Alkoholkonsum, wobei vor allem das Kolonkarzinom zu nennen ist [47]. In Deutschland sind jährlich mehr als 73.000 Todesfälle durch Tabak- und Alkoholkonsum bedingt. 74% dieser Todesfälle gehen dabei auf den kombinierten Konsum von Alkohol und Tabak zurück (zitiert nach: Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. 2003).

### **2.4.1 Frauen und Rauchen**

Rauchen begünstigt eine Vielzahl von Erkrankungen, zum einen kardiovaskulärer Natur (wie z.B. Arteriosklerose und Herzinfarkt) sowie andererseits bösartige Tumore wie besonders das Bronchialkarzinom. Daneben erhöht Tabakkonsum aber auch das Risiko für gynäkologische Tumorerkrankungen und gesundheitliche Störungen bei Frauen. Im Folgenden werden die Zusammenhänge zwischen dem Rauchen und Erkrankungen vorgestellt, die in der Frauenarztpraxis diagnostiziert oder behandelt werden.

## **Rauchen und hormonelle Verhütungsmittel**

Die Einnahme von östrogenhaltigen Verhütungsmitteln („Anti-Baby-Pille“) potenziert für Raucherinnen das Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis [1]. Das Risiko eines Herzinfarktes ist für diese Gruppe ca. 20fach erhöht [25]. Deshalb sollten Raucherinnen über 35 Jahre nach einer Empfehlung amerikanischer Reproduktionsmediziner allenfalls die niedrigste effektive Hormondosis verschrieben bekommen, starken Raucherinnen (hier über 15 Zigaretten/ Tag) sollten hormonelle Verhütungsmittel gar nicht verschrieben werden [75]. Für jüngere Raucherinnen ohne weiteres Risikoprofil überwiegen die Vorteile hormoneller Verhütungsmittel die aufgeführten Risiken, trotzdem sollte jede dieser Patientinnen auf das gesteigerte Risiko hingewiesen und zum Rauchverzicht motiviert werden.

## **Rauchen in der Schwangerschaft**

Nach Berichten der British Medical Association [25] rauchten im Jahr 2000 in Großbritannien rund ein Drittel aller Frauen im Jahr vor ihrer Schwangerschaft. Während der Schwangerschaft setzten ca. 20% das Rauchen fort. Dies bedeutet, dass von den Raucherinnen nur ein Drittel vor oder während der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufhörte. Die schädigende Wirkung des Rauchens in der Schwangerschaft, sowohl für die Mutter als auch für das Kind, ist gut belegt und wohl auch den meisten Patientinnen bekannt. Rauchen während der Schwangerschaft ist der größte vermeidbare Faktor für eine Schädigung oder sogar den Tod des Feten oder Neugeborenen [49][26]. Raucherinnen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, ein Kind mit niedrigem Geburtsgewicht (unter 2500 g) zu gebären [55]. Dieses erhöhte Risiko sinkt bei Beendigung des Rauchens während der Schwangerschaft [12]. Raucherinnen haben zudem ein höheres Risiko unfruchtbar zu sein [64] und zeigen bei künstlicher Befruchtung schlechtere Ergebnisse [84].

## **Rauchen und Gebärmutterhalskrebs**

Gebärmutterhalskrebs gehört zu den häufigsten bösartigen Tumoren der Frau. Allein in Deutschland erkranken jährlich ca. 6500 Frauen. Das entspricht einem Anteil von 3,2% an allen Krebserkrankungen [19]. Tabakkonsum, neben weiteren Faktoren, erhöht das Risiko Gebärmutterhalskrebs zu entwickeln. Ein Rauchstopp wirkt sich günstig auf die Größe der zervikalen Anomalie (das Frühstadium dieser Erkrankung) aus [83]. Da der Gebärmutterhalskrebs in frühen Stadien vom Frauenarzt gut zu erkennen und zu behandeln ist, ist in Deutschland jede Frau ab dem 20. Lebensjahr dazu aufgefordert, einmal jährlich eine Vorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt durchführen zu lassen.

## **Rauchen und die Menopause**

Raucherinnen haben ein höheres Risiko, frühzeitig in die Wechseljahre einzutreten. Im Durchschnitt beginnt bei ihnen die Menopause zwei Jahre früher als bei Nichtraucherinnen. Damit verbunden steigt durch die verminderte Östrogenproduktion auch das Risiko, an Osteoporose zu erkranken, was mit einer Vielzahl an schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen verbunden ist [89].

### **2.4.2 Frauen und Alkohol**

Frauen konsumieren weniger Alkohol als Männer und Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit wird bei Männern häufiger als bei Frauen diagnostiziert. Frauen mit Alkoholproblemen stellen ein Viertel der Klientel in Anlauf- und Beratungsstellen. In Fachkliniken für Alkoholranke liegt ihr Anteil nur bei 17% [4]. Vermutlich wird deshalb Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit immer noch vorwiegend als ein Problem von Männern betrachtet. Voraussetzung für die richtige Behandlung ist die Diagnosestellung. Das Risiko, dass ein Alkoholproblem nicht diagnostiziert wird, ist bei Frauen höher als bei Männern, weil ihre Alkoholproblematik oft weniger augenscheinlich ist und weil Ärzte weniger auf alkoholranke Frauen vorbereitet sind [4]. Tatsächlich suchen Frauen mit Alkoholproblemen früher professionelle Hilfe auf als Männer. Aller-

dings zeigen sie auch eine schnellere Progression zu Alkoholabhängigkeit und den dazugehörigen physischen und psychischen Problemen (Teleskop-Phänomen) [24][67]. Die Todesraten bei alkoholkranken Frauen sind bis zu doppelt so hoch wie bei alkoholkranken Männern [85]. Erhöhter Alkoholkonsum führt bei Männern und Frauen zu vielfältigem körperlichen und seelischen Leiden, vor allem zu Erkrankungen der Leber, des Nervensystems und zu psychiatrischen Erkrankungen; aber auch gynäkologische Störungen werden durch erhöhten Alkoholkonsum begünstigt [30].

### **Alkohol und Brustkrebs**

Brustkrebs ist der häufigste bösartige Krebs der Frau und eine der häufigsten und tödlichsten Krebsarten überhaupt. Etwa jede 10. Frau erkrankt in ihrem Leben an Brustkrebs [27]. In Schleswig-Holstein betrug im Jahr 2003 die Inzidenz 2.259 erkrankte Frauen, 684 Frauen starben an Brustkrebs [3]. Eine Metaanalyse von Smith- Warner und Spiegelman belegte den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Brustkrebsentstehung [81]. Dabei konnte sogar eine Dosisabhängigkeit gezeigt werden. Das Risiko für Brustkrebs steigt demnach pro 10 g Alkoholaufnahme pro Tag um 9%.

### **Alkohol in der Schwangerschaft**

Obwohl fast jede Frau Alkohol konsumiert, solange sie nicht schwanger ist, sinkt diese Zahl in der Schwangerschaft auf ungefähr ein Drittel ab [40]. Dabei ist schon mäßiger Alkoholkonsum in der Schwangerschaft einer der wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren für eine Reihe von Erkrankungen und Fehlbildungen des Kindes. Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland pro Jahr bis zu 2200 Kinder mit starken Alkoholschäden geboren werden [57]. Das fetale Alkoholsyndrom ist in Deutschland eine der häufigsten dieser angeborenen Schädigungen mit einer Rate von ca. 2,8:1000 [57]. Das Risiko für alkoholranke Frauen, ein Kind mit dem fetalen Alkoholsyndrom zu bekommen, beträgt ca. 30-40%. Ebenso steigt schon durch moderaten Alkoholkonsum (mehr als drei alkoholische Getränke pro Woche) das Risiko einer Fehlgeburt in der

Frühschwangerschaft um mehr als das zweifache [90]. Da also auch bei geringem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft eine Schädigung des Kindes nicht ausgeschlossen werden kann, sollten Frauen in der Schwangerschaft einen „Nullkonsum“ anstreben.

## **2.5 Das Konzept der Kurzintervention**

### **2.5.1 Definition**

Kurzintervention (brief intervention) ist ein unscharf definierter Begriff, der eine Vielzahl von unterschiedlichen Methoden beinhaltet, die ein gesundheitsschädigendes Verhalten verändern sollen. Ihnen gemeinsam ist, dass es sich um einfache, niederschwellige Methoden handelt, die von Ärzten und anderen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich angewendet werden können. Obwohl der Zeitaufwand für die verschiedenen Methoden deutlich schwankt, sind sie im Allgemeinen in relativ kurzer Zeit durchführbar und effektiv (ab 3-5 min.) [88]. Eng verwandt ist der Begriff der Frühintervention, hier wird der Schwerpunkt auf den Einsatz zu einem frühen Zeitpunkt im Verlauf des schädigenden Verhaltens gelegt. Die beiden Begriffe werden in der Literatur oft synonym gebraucht. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird der Übersicht halber nur der Begriff der Kurzintervention genutzt. Ziel dieser Methode ist, die Patienten aktiv zu einem Ausstiegsversuch oder einer Konsumreduktion zu motivieren, unabhängig davon, ob Informationen über die Wirkung der Substanz vermittelt werden.

### **2.5.2 Formen der Kurzintervention**

Eine Grundlage von motivationsfördernden Techniken stellt das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung dar, das von Prochaska und DiClemente [66] entwickelt wurde. Dieses Modell beschreibt verschiedene Stufen, die Menschen bei einer Verhaltensänderung durchlaufen, von Absichtslosigkeit (Das Verhalten wird nicht als problematisch erkannt und es besteht keine Änderungsmotivation.), über Absichtsbildung (Das Problem wird erkannt und Möglichkeiten der Verhaltensänderung werden gedank-

lich durchgespielt.), Vorbereitung (Ein Plan wird ernsthaft entworfen und soll in naher Zukunft umgesetzt werden.) zur Handlung. Wenn die Verhaltensänderung erfolgreich durchgeführt wurde, schließt sich das Stadium der Aufrechterhaltung an. Ärzte können ihre Patienten auf den einzelnen Stufen unterstützen und ihr Voranschreiten fördern. Auf den niedrigen Stufen (Absichtslosigkeit, Absichtsbildung) können sie besonders durch Informationsvermittlung oder einen deutlichen ärztlichen Ratschlag dazu beitragen, dass die Patienten den Entschluss zur Verhaltensänderung fassen. Eine wirksame Methode, um die Menschen auch schon in frühen Phasen von schädlichem Gebrauch und Substanzabhängigkeit zu erreichen und zu einer Verhaltenänderung zu motivieren, ist die Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing) [60]. Grundprinzipien dieser Technik sind:

- Empathie zeigen
- Entwickeln von Diskrepanz zwischen dem entsprechenden Verhalten und den Zielen der Person
- Fördern von Selbstwirksamkeit
- Widerstand aufnehmen und als Hinweis nehmen, dass die Intervention des Beraters nicht zur Änderungsmotivation des Klienten gepasst hat

Als Hilfestellung entwickelten Miller und Sanchez [58] das Akronym FRAMES, das mit seinen sechs Buchstaben die wichtigsten Elemente erfolgreicher Kurzintervention beschreibt und Grundlage jeder Kurzintervention sein sollte:

- F** = Feedback (Rückmeldung)
- R** = Responsibility (Eigenverantwortung)
- A** = Advice (Ratschlag)
- M** = Menu (Alternativen aufzeigen)
- E** = Empathy (Empathie)
- S** = Self-Efficacy (Selbstwirksamkeitsüberzeugung)

Da Kurzintervention eine Reihe von Methoden beinhaltet, die sich sowohl in der Art der Durchführung als auch in der Dauer deutlich unterscheiden, sind im Folgenden einige Beispiele aufgeführt: Die „5 As“ der Kurzintervention stellen eine Möglichkeit der Kurzintervention dar, die niedergelassenen Ärzten als Anleitung dienen soll [38][35][76].

|                |                                                                                           |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ask</b>     | Erfragen und Dokumentieren des Rauchstatus bei jedem Patienten zu jedem Behandlungstermin |
| <b>Advice</b>  | Der deutliche Rat, mit dem Rauchen aufzuhören                                             |
| <b>Assess</b>  | Erfassen der Motivation zum Rauchstopp                                                    |
| <b>Assist</b>  | aktive Unterstützung bei einem Aufhörversuch                                              |
| <b>Arrange</b> | Ansprechen des Rauchstatus in den Folgekontakten, evtl. Rückfallprophylaxe                |

Aus den amerikanischen Leitlinien zur Tabakentwöhnung entstammen die „5 Rs“, die die Abfolge eines motivierenden Gesprächs für solche Patienten verdeutlichen soll, die noch nicht bereit sind, einen Aufhörversuch zu unternehmen [15]:

|                   |                                                                                                                                                 |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Relevance</b>  | einen persönlichen Bezug herstellen durch Einbeziehen der Krankengeschichte, körperlicher Befunde, Familiengeschichte etc.                      |
| <b>Risk</b>       | Risiken erläutern. Dabei kann auf die kurz- und langfristigen Risiken eingegangen werden, sowie auf die Risiken für die Umgebung des Patienten. |
| <b>Rewards</b>    | Vorteile des Rauchstopps für den Patienten aufzeigen, dabei die emotional bedeutsamen betonen                                                   |
| <b>Roadblocks</b> | Hindernisse und Schwierigkeit auf dem Weg zum Rauchstopp ansprechen                                                                             |
| <b>Repetition</b> | Wiederholung dieses Schemas auch bei den Folgekontakten, wenn noch keine Motivation zum Rauchstopp besteht                                      |

### **2.5.3 Effektivität**

Mit der Effektivität von Kurzintervention haben sich in den letzten Jahren viele Studien, sowohl im Tabak- als auch im Alkoholbereich, beschäftigt [79][37][18]. Ergebnisse aus der Cochrane Library [79] bestätigen, dass auch schon eine kurze Ausstiegsberatung zur Tabakentwöhnung wirksam ist (Anstieg der Erfolgsquoten um ca. 2,5%). Dabei zeigte sich, dass mehrere Kontakte effektiver sind als ein einzelner Kontakt und dass die Verwendung mehrerer Beratungsformen günstiger ist als die Verwendung einer einzelnen Beratungsform. Eine Reduktion der Trinkmenge, des episodischen Rauschtrinkens (Binge-Drinking) und des exzessiven Alkoholkonsums bis zu 48 Monate lässt sich durch Kurzintervention erzielen [69][37][61][18][29]. Kurzintervention bei Patienten, die nicht wegen ihres Alkoholkonsums in die hausärztliche Sprechstunde kommen, bewirkt eine durchschnittliche Trinkmengenreduktion um - 38 g (4 Getränke) für 6 bis 12 Monate [18].

### **2.5.4 Die Rolle des Arztes bei der Kurzintervention**

Nicht nur Ärzte, sondern auch Pflegepersonal, Suchtberater und weitere im Gesundheitswesen Tätige können effektiv Kurzintervention durchführen. Allerdings ist der Arzt in einer besonders guten Ausgangslage [80]. Er verfügt über detaillierte Kenntnisse von Krankheiten und Risiken, die mit dem gesundheitsschädigenden Verhalten in Verbindung stehen. Außerdem befindet sich der Patient während der Sprechstunde in einer Situation, in der er sich mehr mit seiner Gesundheit beschäftigt und ist dadurch für Gesundheitsthemen besonders aufnahmebereit (teachable moment); [23][82]. Das Arzt-Patientengespräch findet idealerweise in einer empathischen Atmosphäre statt, in der der Arzt auf seinen Patienten eingeht und seinen Ratschlag durch Verweise auf frühere Krankheiten oder auf die Familienanamnese untermauern kann. Patienten, insbesondere Frauen sind Informationsmaterial zur Raucherentwöhnung gegenüber aufgeschlossener, wenn ihnen vorher ein ärztlicher Ratschlag gegeben wurde [53]. Dieselbe

Studie zeigte, dass Patienten für die Dauer von mindestens 24 Stunden nach einem ärztlichen Ratschlag eher bereit waren, einen Ausstiegsversuch zu unternehmen.

Erleichtert wird Kurzinterventionen bei gesundheitsschädigendem Verhalten durch eine Beachtung der oben beschriebenen Prozesse der Verhaltensänderung [65] und Anwendung entsprechender Gesprächsführungstechniken [59]. Patienten, die bereits die Absicht haben, ihr Verhalten zu ändern, brauchen in der Folge konkrete Hilfestellungen und Angebote. Bei Patienten ohne Absicht zur Verhaltensänderung kann durch motivierende Gesprächsführung versucht werden, die Motivation für einem Ausstiegsversuch zu fördern.

## **2.6 Kurzintervention in der Frauenarztpraxis**

Frauenärzte behandeln in ihrer Praxis Frauen in vielen Lebensphasen, von der Pubertät über die Zeit der Familienplanung und Schwangerschaft bis zu den Wechseljahren. Dabei sind sie für viele junge Frauen der häufigste ärztliche Ansprechpartner, da gesunde junge Frauen regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen [17] oder zur Verschreibung hormoneller Verhütungsmittel die Frauenarztpraxis aufsuchen [52]. Der Frauenarzt betreut Frauen mit Kinderwunsch und schwangere Frauen in der Regel engmaschig und kann dadurch ein gutes Vertrauensverhältnis aufbauen. 1995 zeigten Leader und Perales in den USA, dass Frauenärzte in ihrer Sprechstunde mehr allgemeine körperliche Untersuchungen an Patientinnen über 15 Jahren durchführen, als Allgemeinmediziner oder Internisten. 48,3% der befragten Ärzte sahen sich eher als medizinische Grundversorger und nicht als Spezialisten [54].

Allerdings nutzen viele Frauenärzte die sich aus dieser Rolle ergebenden Chancen wenig, um über den rein gynäkologischen Fachbereich hinaus die Patientinnen zu informieren und zu beraten. Kreienberg [52] beschreibt, dass der Fachbereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowohl aus grundlegender medizinischer Versorgung als auch aus hochspezialisierter Beckenchirurgie, Geburtshilfe und Endokrinologie besteht. Um

den Anforderungen der Patientinnen und der Gesellschaft gerecht zu werden, sollten Frauenärzte sich nicht nur technisch weiterbilden, sondern auch ihre Kenntnisse in der Präventivmedizin und von wichtigen nicht-gynäkologischen Krankheitsbildern vertiefen. In einer Studie in Quebec (Kanada) wurde die Erfassung von „Lifestyle“-Risiken durch Allgemein- und Frauenärzte miteinander verglichen [56]. Demnach erfassten deutlich weniger Frauenärzte als Allgemeinärzte den Substanzkonsum der Patientinnen routinemäßig (56,1 vs. 82,2%, ( $p < 0,001$ ) bei Tabakkonsum, 28,6 vs. 67,2%, ( $p < 0,001$ ) bei Alkoholkonsum). 41,1% der befragten Frauenärzte fand es ziemlich oder sehr schwierig, Alkoholkonsum anzusprechen. Nur 5,7% fand es ziemlich oder sehr schwierig, Tabakkonsum anzusprechen. 43,0% der Frauenärzte hielten sich für ausreichend oder gut ausgebildet, um den Alkoholkonsum der Patientinnen zu erfassen. In einer schweizer Studie von Eckert und Junker [33] gab nur ein Drittel der befragten Frauen an, vom Frauenarzt zu ihrem Rauchverhalten befragt worden zu sein. Es gibt bisher keine kontrollierten randomisierten Studien, die die Effektivität von Kurzintervention in Frauenarztpraxen untersucht haben. Welch und Poulin [87] schreiben aber, wie wichtig Frauenärzte in der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Substanzmissbrauch sind. Sie fordern den regelmäßigen Einsatz von Kurzintervention und betonen deren Effektivität. Außerdem schlagen sie vor, Patientinnen, die nicht auf Kurzintervention ansprechen, zu Suchtspezialisten zu überweisen. Es ist anzunehmen, dass Kurzintervention in Frauenarztpraxen ebenso effektiv ist wie in Allgemeinarztpraxen und dazu Frauen in einem höheren Maße erreichen kann.

## 3 Methodik

### 3.1 Vorgehen

Es wurde eine schriftliche Befragung der Frauenärzte in Schleswig Holstein durchgeführt. Als Grundgesamtheit dienten alle niedergelassenen Gynäkologen in dieser Region. Um eine möglich hohe Akzeptanz und Beteiligung an der Studie zu erreichen, wurde sie im Januar 2004 persönlich vom Studienleiter auf der Jahrestagung des Schleswig-Holsteinischen Gynäkologenverbandes vorgestellt. In diesem Rahmen fand auch die erste Erhebungswelle bei den Teilnehmern der Tagung (niedergelassene Frauenärzte) statt. Die ausgefüllten und abgegebenen Fragebögen wurden nach Erhalt sofort kodiert und von den unterschriebenen Einverständniserklärungen getrennt aufbewahrt. In der darauf folgenden schriftlichen Welle wurden alle Frauenärzte angeschrieben, die im Laufe der Tagung nicht an der Studie teilgenommen hatten oder bei der Tagung nicht anwesend waren. Die Briefe wurden im März 2004 verschickt. Nach Erhalt der Antworten wurden die Fragebögen ebenfalls kodiert und sofort von der unterschriebenen Einverständniserklärung getrennt. Im Mai 2004 fand die dritte schriftliche Welle statt. Alle Ärzte, die bis dahin nicht geantwortet hatten, wurden mit einem persönlichen Anschreiben nochmals in einer vierten schriftlichen Welle über das Ziel und den Ablauf der Studie informiert und um ihre Teilnahme gebeten. Abschließend wurde eine telefonische Erhebungswelle durchgeführt. Der Erfolg dabei war aber sehr gering, da die Frauenärzte entweder nicht erreichbar waren oder nicht gewillt, sich telefonisch informieren zu lassen, so dass die Datenerhebung im September 2004 abgeschlossen wurde.

20% der Fälle wurden auf Fehlkodierungen geprüft und entsprechende Korrekturen vorgenommen. Systematische Fehlerquellen konnten ausgeschlossen werden.

## 3.2 Stichprobe

In Schleswig-Holstein arbeiteten zum Zeitpunkt der Datenerhebung 419 niedergelassene Frauenärzte. Zur Erfassung der notwendigen Daten wie Adresse und Telefonnummern sowie die Art der Spezialisierung wurden das Handbuch für das Gesundheitswesen Schleswig-Holstein [5] und der Arztindex der Ärztekammer Schleswig-Holstein ([www.arztindex.de](http://www.arztindex.de)) verwendet. Der Arztindex ist eine Internetseite, auf der alle Ärzte Schleswig-Holsteins aufgelistet sind. Aus den 419 Frauenärzten, die in einer Praxis arbeiten, wurden diejenigen ausgeschlossen, die keine allgemeine gynäkologische Sprechstunde anbieten, da sich unsere Studie an Frauenärzte richtete, die im Sinne eines „Hausarztes der Frau“ eine längerfristige gynäkologische Grundversorgung von Patientinnen anbieten. Ausgeschlossen wurden Frauenärzte, die zwar eine Praxis betreiben, aber hauptsächliche Belegärzten für Krankenhäuser sind (9,6%) und Frauenärzte mit einer besonderen Spezialisierung, z. B. Ärzte, die sich auf die Beratung und Durchführung von künstlicher Befruchtung (1%) spezialisiert haben. Danach erfüllten noch 375 Ärzte (89,5%) die Einschlusskriterien. Im Verlauf der verschiedenen Wellen der Datenerhebung mussten weitere 17 (4,5%) Ärzte aus der Stichprobe ausgeschlossen werden, die aus verschiedenen Gründen, z.B. Wegzug oder Ruhestand, ihre Praxis in Schleswig-Holstein kurz zuvor aufgegeben hatten. Die endgültig in die Studie eingeschlossene Anzahl von Frauenärzten belief sich auf 358.

## 3.3 Fragebogen

Zur Datenerhebung wurde ein sechsseitiger Fragebogen erstellt und mit einem Anschreiben und einer schriftlichen Einverständniserklärung postalisch verschickt. In dem Anschreiben wurden die Frauenärzte über den Sinn der Befragung sowie über die Dau-

er der Fragebogenbearbeitung informiert. Auf die Anonymisierung und die Sicherheit der Daten wurde deutlich hingewiesen. Das Anschreiben wurde persönlich formuliert und den verschiedenen Erhebungswellen angepasst. Der Fragebogen bestand aus vier Teilen und umfasste insgesamt 59 Fragen, davon drei Fragen mit Freitextangaben, alle anderen Fragen konnten durch Ankreuzen beantwortet werden. Das Ausfüllen des Fragebogens dauerte ca. 5 Minuten. Erfragt wurden Einstellungen zu Frühinterventionen bei Nikotin- und Alkoholkonsum. Der erste Teil des Fragebogens umfasste sieben Fragen und erhob allgemeine soziodemographische Daten wie Geschlecht, Alter, Ort und Art der Praxisführung sowie die Anzahl der Patienten pro Quartal. Hintergrund dabei war es, Unterschiede bei der Einstellung zu Kurzintervention zwischen verschiedenen Untergruppen der Frauenärzte zu untersuchen und zu prüfen, ob etwa das Alter oder der Ort der Praxis einen Einfluss auf die Einstellung hat. Der Teil II befasste sich mit rauchenden Patientinnen, der Teil III mit Patientinnen, die einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen. In beiden Fragebogenteilen waren die Fragen bis auf die verschiedenen Substanzarten (Rauchen versus Alkohol) vergleichbar. Als Grundlage dieser Fragen wurde der „WHO collaborative study questionnaire for general practitioners“ [13] genutzt. Die Antwortmöglichkeiten wurden auf einer Lickert-Skala von 1 („stimme überhaupt nicht zu“) bis 5 („stimme vollkommen zu“) erfasst. Insgesamt enthielt der Fragebogen in Teil II 21 Fragen, in Teil III 22 Fragen. In verschiedenen Blöcken wurden die Wichtigkeit und Erfolgsaussichten von Kurzintervention nach dem eigenen Ermessen beurteilt. Die Frauenärzte sollten dabei unterscheiden zwischen der Beurteilung von Kurzintervention im Allgemeinen und gegenüber dem eigenen spezifischen Patientinnenkollektiv. Weiterhin schätzten die Frauenärzte die eigene Kompetenz im Bereich Diagnostik und Beratung bei Substanzkonsum ein sowie die stärksten Hinderungsgründe für die Durchführung von Kurzintervention. Es wurden auch Daten dazu erhoben, wie viele Frauenärzte bereits Kurzintervention oder Beratung in der Praxis durchführen bzw. wie hoch die Bereitschaft ist, dies zu implementieren. Im letzten Teil des Fragebogens (Teil IV) wurde nach der Einstellung zu Kurzintervention bei

besonderen gynäkologischen Patientinnenkollektiven gefragt (schwängere Frauen, minderjährige Mädchen, Frauen, die orale Verhütungsmittel einnehmen und Frauen, die im Rahmen der Krebsvorsorge gesehen werden). Dabei bezog sich jeweils eine Frage auf die Einstellung im Allgemeinen und eine auf das Handeln in der eigenen Praxis. Das Ziel dabei war zu untersuchen, ob das Verhalten und die Einstellung zu diesen besonders gefährdeten Patientinnenkollektiven sich unterscheiden.

### **3.4 Eigener Anteil**

Die eigene Leistungen bei der Erstellung dieser Doktorarbeit umfassen das Erstellen des Fragebogens und aller Anschreiben, sowie die Planung und Durchführung der Datenerhebungen. Dazu gehörten: Erstellen einer Adressdatei aller niedergelassenen Frauenärzte in Schleswig-Holstein, Vorstellung des Projekts und Datenerhebung auf der Jahrestagung des Schleswig-Holsteinischen Gynäkologenverbandes, die Durchführung von drei schriftlichen Erhebungswellen und der ergänzenden telefonischen Kontaktaufnahme bei Non-Response. Weiterhin das Anonymisieren und Kodieren der Daten, Datenkontrolle und -bereinigung. Die Auswertung der Daten und die statistischen Berechnungen erfolgte nach Einarbeitung selbstständig. Weiterhin wurden eigenständig die zentralen Ergebnisse der Befragung und daraus folgende Schlussfolgerungen erarbeitet. Eine Publikation wurde in englischer Sprache erstellt und in einer internationalen Fachzeitschrift zur Publikation eingereicht.

### **3.5 Auswertung**

Der  $\chi^2$ -Test wurde bei dichotomen und kategorialen Variablen verwendet. Bei den Variablen, die in Form der Lickert Skala erstellt wurden, wurde als nichtparametrischer Test bei gepaarten Stichproben der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test verwendet.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Datenerhebung

19,9% der Frauenärzte gaben während der Jahrestagung des Schleswig-Holsteinischen Gynäkologenverbandes den Fragebogen ausgefüllt zurück, 21,8% der Ärzte antworteten in der zweiten schriftlichen Welle und 10,1% in der dritten schriftlichen Welle. Danach betrug die Rücklaufquote 51,8%. Bei der zusätzlich durchgeführten vierten schriftlichen Welle kamen 11 weitere Prozent hinzu. In der abschließenden telefonischen Welle bei den verbliebenen Ärzten betrug der Rücklauf nur 1,1%.

Von 358 eingeschlossenen Frauenärzten nahmen 64% (n=229) an der Studie teil. Im Laufe der drei schriftlichen Wellen verweigerten 2,8% Ärzte die Teilnahme an der Studie, telefonisch kamen weitere 4,2% hinzu, so dass sich die Zahl auf 7% belief. Hauptgründe für die Weigerung waren: Zeitmangel, fehlendes Interesse an der Studie und prinzipiell keine Teilnahme an Studien dieser Art. 0,6% der Ärzte aus Privatpraxen verweigerten die Teilnahme mit der Begründung, dass sie zu wenige Patientinnen hätten. 1,1% der Frauenärzte wollten keine Daten über sich herausgeben, auch nicht in kodierter Form. Bei fünf Fragebögen hatten die Ärzte die Einverständniserklärung nicht unterschrieben, auf Nachfrage schickten jedoch alle die fehlenden Unterlagen zu. Die übrigen 91 Ärzte (26,6%) zeigten auch nach schriftlicher und telefonischer Ansprache kein Interesse an der Teilnahme.

## 4.2 Stichprobe

Die Stichprobe besteht zu 42,8% aus Frauen und 57,2% aus Männern ( $SD = 0,496$ ) mit einem Durchschnittsalter von 52 Jahren ( $SD = 8,170$ ) und einer durchschnittlichen Niederlassungsdauer von 14,1 Jahren ( $SD = 9,262$ ). 79,8% der Frauenärzte haben ihre Praxis in der Stadt und 20,2% auf dem Land ( $SD = 0,402$ ). 62,4% führen ihre Praxis als Einzelpraxis, die übrigen 37,6% als Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis ( $SD = 0,679$ ). Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Untergruppen (Alter, Geschlecht, Ort der Praxis und Art der Praxis) gefunden werden.

## 4.3 Einstellung zu Kurzintervention

Um einen Eindruck davon zu erhalten, wie hoch Frauenärzte die Wichtigkeit von Kurzintervention bewerten, wurde im Fragebogen zwischen der Wichtigkeit von Kurzintervention im Allgemeinen und der Wichtigkeit von Kurzintervention bei gynäkologischen Patientinnen unterschieden. Kurzintervention wurde von den Frauenärzten als sehr wichtig gewertet, allerdings mit Unterschieden sowohl zwischen Tabak und Alkohol als auch zwischen der Wichtigkeit im Allgemeinen und bei den eigenen Patientinnen (Tabelle 4.1). Bei Alkohol wird Kurzintervention im Allgemeinen von sehr vielen Frauenärzten als sehr wichtig angesehen. Beim Rauchen machten Frauenärzte kaum einen Unterschied zwischen Kurzintervention im Allgemeinen und bei den eigenen Patientinnen, aber bei riskantem Trinkverhalten wurde Kurzintervention bei gynäkologischen Patientinnen für signifikant weniger wichtig gehalten als im Allgemeinen. Im Weiteren

| Wichtigkeit von Kurzintervention |                     | 1   | 2   | 3    | 4    | 5    | Z;p     |
|----------------------------------|---------------------|-----|-----|------|------|------|---------|
| Rauchen                          | Im Allgemeinen      | -   | 2,2 | 9,7  | 27,3 | 60,8 | -3,524; |
|                                  | Eigene Patientinnen | -   | 1,8 | 11,9 | 30,8 | 56,2 | 0,001   |
| Alkohol                          | Im Allgemeinen      | 0,9 | 0,9 | 4,4  | 19,8 | 74,0 | -3,383; |
|                                  | Eigene Patientinnen | 0,9 | 4,4 | 8,8  | 19,8 | 63,9 | 0,7     |

**Tabelle 4.1**

1 = überhaupt nicht wichtig, 2 = weniger wichtig, 3 = neutral, 4 = relativ wichtig, 5 = sehr wichtig; Angaben in Prozent

wurden Fragen zu verschiedenen Aspekten von Kurzintervention gestellt, wie Notwendigkeit, Erfolgsaussichten, Verantwortlichkeit, Art und Frequenz (Tabelle 4.2) . Einen

| Einstellung zu Kurzintervention        |         | 1    | 2    | 3    | 4    | 5    | Z;p      |
|----------------------------------------|---------|------|------|------|------|------|----------|
| Patientinnen benötigen keine Hilfe     | Rauchen | 6,7  | 31,7 | 29,5 | 23,2 | 8,9  | -11,035; |
|                                        | Alkohol | 54,7 | 35,1 | 6,7  | 1,3  | 2,2  | 0,001    |
| Kurzintervention ist wenig erfolgreich | Rauchen | 2,7  | 14,7 | 29,5 | 38,8 | 14,3 | -2,236;  |
|                                        | Alkohol | 3,1  | 15,1 | 18,2 | 38,2 | 25,3 | 0,025    |
| Kurzintervention ist nicht Aufgabe     | Rauchen | 46,8 | 23,7 | 20,5 | 6,3  | 3,6  | -6,439;  |
|                                        | Alkohol | 25,6 | 24,7 | 31,8 | 13,0 | 4,9  | 0,001    |
| Informationsmaterial sollte ausliegen  | Rauchen | 3,6  | 11,2 | 18,3 | 23,2 | 43,8 | -9,777   |
|                                        | Alkohol | 23,7 | 31,3 | 21,0 | 12,1 | 12,1 | 0,001    |
| Bei jedem Besuch ansprechen            | Rauchen | 18,8 | 19,2 | 26,3 | 17,9 | 17,9 | -6,858   |
|                                        | Alkohol | 7,6  | 12,5 | 17,0 | 20,1 | 42,9 | 0,001    |

**Tabelle 4.2**

1 = stimme gar nicht zu, 2 = stimme wenig zu, 3 = neutral, 4 = stimme etwas zu, 5 = stimme voll zu; Angaben in Prozent

deutlichen Unterschied zwischen Tabak- und Alkoholkonsum machten die Frauenärzte in der Beurteilung der Aussage, „Das Rauch-/Trinkverhalten kann auch ohne fremde Hilfe beendet werden.“. Ein Großteil der Frauenärzte lehnte diese Aussage für Alkohol vollkommen ab, während sie beim Rauchstopp unentschieden blieben. Kurzintervention wurde für Rauchen und in stärkerem Maße auch für riskanten Alkoholkonsum als wenig wirksam eingeschätzt. Trotzdem lehnte nur eine Minderheit die Zuständigkeit der Frauenärzte für Kurzintervention ab. Ein weiterer Unterschied bestand zwischen Interventionsmaßnahmen gegen Rauchen und gegen riskantes Trinkverhalten. Während für rauchende Patientinnen überwiegend das Auslegen von Informationsmaterial befürwortet wurde, wurde bei riskantem Trinkverhalten eher eine regelmäßige Erfassung des Konsums bevorzugt.

In einem weiteren Frageblock wurden Fragen zur eigenen Kompetenz bei Erfassung und Beratung von Tabak- und Alkoholkonsum gestellt. Die Ergebnisse zeigten eine deutliche Unsicherheit in der Diagnostik von Tabak- und riskantem Alkoholkonsum. 36,6% der Frauenärzte schätzte die eigene Kompetenz bei der Erfassung von Nikotinabhängigkeit

als eher gering ein, 34,0% fühlte sich eher kompetent, während sich bei der Kompetenz in Beratung 67,4% der Ärzte als eher kompetent betrachteten und nur 10,7% als eher nicht kompetent (Lickert-Skala 1+2). Bei der Diagnostik des riskanten Alkoholkonsums hielten sich knapp die Hälfte für eher nicht kompetent, in der Beratung bei riskantem Alkoholkonsum über ein Drittel eher nicht für kompetent.

## 4.4 Hinderungsgründe

In einem weiteren Frageblock wurden die Frauenärzte aufgefordert, die Stärke fünf verschiedener Hinderungsgründe von Kurzintervention einzuschätzen (Tabelle 4.3). Zeit-

| Hinderungsgründe für Kurzintervention |         | 1    | 2    | 3    | 4    | 5    | Z;p     |
|---------------------------------------|---------|------|------|------|------|------|---------|
| Zeitmangel                            | Rauchen | 8,9  | 10,3 | 19,2 | 32,6 | 29,0 | -1,260; |
|                                       | Alkohol | 8,5  | 12,1 | 17,9 | 23,2 | 38,4 | 0,2     |
| Mitarbeit von Patientinnen            | Rauchen | 2,7  | 9,0  | 28,8 | 35,6 | 23,9 | -4,022; |
|                                       | Alkohol | 1,4  | 5,0  | 24,3 | 31,5 | 37,8 | 0,001   |
| fehlende Spezialisierung              | Rauchen | 12,8 | 20,6 | 30,3 | 23,4 | 12,8 | -8,615; |
|                                       | Alkohol | 5,0  | 7,7  | 17,6 | 30,6 | 39,2 | 0,001   |
| Angst Patientinnen zu vergraulen      | Rauchen | 53,3 | 22,2 | 13,3 | 8,0  | 3,1  | -6,084  |
|                                       | Alkohol | 34,5 | 23,8 | 18,4 | 14,3 | 9,0  | 0,001   |
| unzureichende Vergütung               | Rauchen | 15,8 | 17,2 | 25,3 | 21,3 | 20,4 | -3,116  |
|                                       | Alkohol | 15,8 | 10,4 | 25,7 | 23,4 | 24,8 | 0,002   |

**Tabelle 4.3**

1 = überhaupt nicht, 2 = eher nicht, 3 = neutral, 4 = ziemlich stark, 5 = sehr stark; Angaben in Prozent

mangel und fehlende Kooperation der Patientinnen waren für viele Frauenärzte sowohl bei Alkohol als auch bei Rauchen starke Hinderungsgründe. Zeitmangel war für knapp ein Drittel der Ärzte ein starker Hinderungsgrund für Kurzintervention bei rauchenden Patientinnen und für 38,4% der Ärzte ein sehr starker Hinderungsgrund bei trinkenden Patientinnen. Eine unzureichende Spezialisierung der Frauenärzte war im Bereich Alkohol für 39,2% der Ärzte ein sehr starker Hinderungsgrund, bei rauchenden Frauen hingegen gaben nur 12,8% der Ärzte dies als sehr starken Hinderungsgrund an. Angst vor dem Verlust von Patientinnen spielte insgesamt die geringste Rolle, ist aber bei

Alkohol für deutlich mehr Ärzte ein Hinderungsgrund als bei Rauchen.

## 4.5 Durchführung von und Bereitschaft zu Kurzintervention

Um einen Überblick über den Umfang von Kurzinterventionen in Frauenarztpraxen zu erhalten, wurde in zwei verschiedenen Frageblöcken zum einen die Art und die Anzahl von Kurzintervention (Fragen 3-5), zum anderen die Bereitschaft dazu abgefragt (Fragen 7.1-7.4). Dabei wurde in die Bereiche Erfassung des Substanzkonsums, Beratung, Überweisung zu einem Spezialisten und Auslegen von Informationsmaterial unterteilt (Tabelle 4.4).

| Bereitschaft...                          |         | „ja“ | „nein“ | „mache ich bereits“ | Z;p     |
|------------------------------------------|---------|------|--------|---------------------|---------|
| ...Patientinnen routinemäßig zu befragen | Rauchen | 37,2 | 22,6   | 40,3                | -4,628; |
|                                          | Alkohol | 42,8 | 38,3   | 18,9                | 0,001   |
| ...Patientinnen zu beraten               | Rauchen | 49,8 | 17,8   | 32,4                | -1,133; |
|                                          | Alkohol | 41,4 | 40,1   | 18,5                | 0,257   |
| ...zum Spezialisten zu überweisen        | Rauchen | 81,6 | 12,1   | 6,3                 | -0,777; |
|                                          | Alkohol | 83,8 | 3,1    | 13,1                | 0,437   |
| ...Broschüren auszulegen                 | Rauchen | 74,8 | 7,1    | 17,7                | -2,237  |
|                                          | Alkohol | 79,7 | 8,1    | 12,2                | 0,025   |

**Tabelle 4.4**  
Angaben in Prozent

### 4.5.1 Erfassung des Konsums

Die meisten Frauenärzte gaben an, Tabak- und Alkoholkonsum zu erheben, allerdings nicht regelmäßig und nicht bei allen Patientinnen. Nach Alkoholkonsum wurde deutlich weniger gefragt als nach Rauchen. 35,0% gaben an, bei jeder Patientin routinemäßig (bei jedem Arztbesuch) den Raucherstatus zu erheben, bei Alkoholkonsum waren es nur 12,1% (Tabelle 4.5). Grundsätzlich waren die Frauenärzte bei der Erfassung des Alkoholkonsums deutlich zurückhaltender als beim Raucherstatus, 66,3% befragten weniger

| Prozentsatz<br>befragter Patientinnen | Prozentsatz von Frauenärzten,<br>die ihre Patientinnen befragen zu...<br>(Z -10,091; p<0,001) |         |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
|                                       | Rauchen                                                                                       | Alkohol |
| 0%                                    | 1,3                                                                                           | 17,0    |
| 25%                                   | 24,7                                                                                          | 49,3    |
| 50%                                   | 18,8                                                                                          | 12,1    |
| 75%                                   | 20,2                                                                                          | 9,4     |
| 100%                                  | 35                                                                                            | 12,1    |

**Tabelle 4.5**  
Angaben in Prozent

als die Hälfte der Patientinnen routinemäßig. Jeder 5. Frauenarzt war nicht bereit, regelmäßig den Raucherstatus seiner Patientinnen zu erheben, jeder 3. Frauenarzt lehnte es ab, regelmäßig den Alkoholkonsum zu erheben (Tabelle 4.4).

### 4.5.2 Beratung

Frauenärzte führten eher Beratungen bei rauchenden als bei riskant trinkenden Patientinnen durch und waren auch weniger bereit, Patientinnen zum Thema Alkohol zu beraten. 78,6% der Ärzte führten nach eigenen Angaben Beratungen bei rauchenden Patientinnen durch, aber nur 34,8% bei Patientinnen mit riskantem Alkoholkonsum. 40,1% der Frauenärzte waren nicht bereit, Beratungen bei Patientinnen mit riskantem Alkoholkonsum durchzuführen, bei rauchenden Patientinnen lehnten dies 17,8% ab.

### 4.5.3 Überweisung an Suchthilfestellen

Die Bereitschaft zu überweisen war bei Frauenärzten sehr groß (Tabelle 4.4), aber die Häufigkeit von Überweisungen an Spezialisten variierte, je nachdem, ob es sich um Tabak oder Alkohol handelte. Bei Verdacht auf Alkoholmissbrauch überwiesen 12,1% der Ärzte immer, 24,5% oft und 46,9% selten, bei Tabakabhängigkeit überwiesen 0,4% der Ärzte immer, 1,8% oft, 44,8% selten und 52,9% nie an einen Spezialisten. 81,6% der Frauenärzte waren bereit, bei Nikotinabhängigkeit zu Fachpersonal zu überweisen,

bei Alkoholproblemen waren es sogar 83,3% (Tabelle 4.4).

#### 4.5.4 Auslegen von Informationsbroschüren

Die Bereitschaft Broschüren auszulegen war sowohl bei Tabak- als auch bei Alkoholkonsum groß (74,8% bei Rauchen, 79,7% bei Alkoholkonsum), nur wenige Ärzte lehnten dies ab (7,5% vs. 7,7%). Allerdings gaben nur relativ wenige Frauenärzte an, bereits Informationsmaterial auszulegen (17,7% Tabak, 12,2% Alkohol).

### 4.6 Besondere Patientinnenkollektive

Der dritte Teil des Fragebogens beschäftigte sich mit der Einstellung und dem Verhalten der Frauenärzte gegenüber schwangeren Frauen, jugendlichen Patientinnen, Patientinnen bei Krebsvorsorgeuntersuchungen und Raucherinnen, die hormonelle Verhütungsmittel einnehmen. Es wurde unter anderen gefragt, inwieweit Frauenärzte schwangere Frauen auf die Risiken von Rauchen/Alkohol hinweisen bzw. inwiefern sie die Gelegenheit nutzen, jugendliche Patientinnen über die Risiken des Konsums aufzuklären (Tabelle 4.6). Dabei wurde deutlich, dass Frauenärzte das Gesundheitsverhalten schwangerer Frauen für wichtig halten, wichtiger als der Alkoholkonsum ist ihnen der Rauchstatus. Über die Hälfte der Frauenärzte bezeichnet die Aufklärung Jugendlicher über die Risiken von Rauchen und Alkohol als wichtig, und auch dort gibt es ein deutliches Gefälle von Tabak zu Alkohol. Der Aussage, dass minderjährige Mädchen in der Frauenarztpraxis gut erreicht werden können, stimmten 82,7% der Frauenärzte zu,

| Es ist mir besonders wichtig        |         | 1   | 2    | 3    | 4    | 5    | Z;p     |
|-------------------------------------|---------|-----|------|------|------|------|---------|
| Schwangere zu befragen zu           | Rauchen | 0,4 | 2,7  | 1,8  | 11,5 | 83,6 | -3,167; |
|                                     | Alkohol | 0,4 | 1,8  | 6,2  | 19,5 | 72,1 | 0,002   |
| junge Patientinnen aufzuklären über | Rauchen | 0,9 | 7,1  | 15,9 | 29,2 | 46,9 | -6,423; |
|                                     | Alkohol | 7,6 | 14,7 | 21,0 | 22,8 | 33,9 | 0,001   |

**Tabelle 4.6**

1 = stimme gar nicht zu, 2 = stimme wenig zu, 3 = neutral, 4 = stimme etwas zu, 5 = stimme voll zu; Angaben in Prozent

4,5% stimmten nicht zu. Deutliche Unterschiede ergaben sich bei der Aussage, dass die Krebsvorsorge generell eine gute Gelegenheit ist, das Gesundheitsverhalten anzusprechen (86,6%) verglichen mit der Anzahl der Frauenärzte, die die Krebsvorsorge zur Aufklärung der Patientinnen über die Risiken des Rauchens nutzten (51,4%). Nur 15,9% der Frauenärzte stimmten uneingeschränkt zu, dass Frauen, die mehr als 15 Zigaretten am Tag rauchten, keine hormonellen Verhütungsmittel verschrieben werden sollte, 14,6% lehnten dies völlig ab. Andererseits gaben 83,6% an, ihre rauchenden Patientinnen auf das gesteigerte gesundheitliche Risiko durch Rauchen und hormonelle Verhütungsmittel hinzuweisen.

## 5 Diskussion

Diese Studie untersuchte die Einstellung von Frauenärzten zu Kurzintervention bei rauchenden Patientinnen und Patientinnen mit riskantem Alkoholkonsum. Wissenschaftlich belegte kausale Zusammenhänge zwischen dem Konsum dieser beiden Substanzen und gynäkologischen Erkrankungen deuten darauf hin, dass Frauenärzte hier eine Schlüsselrolle in der Prävention übernehmen können [81][57][25]. Kurzintervention ist eine effektive und gut anwendbare Form der Intervention bei Tabak- und bei riskantem Alkoholkonsum im ambulanten Bereich [79][18][29]. Das Ziel dieser Studie war, die Einstellungen zu Kurzintervention und den Grad der Anwendung in Frauenarztpraxen zu erfassen, sowie eventuelle Hinderungsgründe zu erfragen. Bei den Ergebnissen wurde Kurzintervention bei Rauchen und bei riskantem Alkoholkonsum miteinander verglichen. Es sind keine weiteren Untersuchungen bekannt, die sich auf den Unterschied von Tabak- und Alkoholkonsum in Frauenarztpraxen konzentrieren.

### 5.1 Stichprobe

Die Rücklaufquote dieser Studie beträgt 64%. Eine ähnliche Studie im schleswig-holsteinischen Raum, die die Einstellung zu Kurzintervention bei Hausärzten untersuchte, kam mit hohem Rekrutierungsaufwand auf eine Rücklaufquote von 51,67% [50]. In einer britischen Studie über die Rücklaufquote von postalischen Umfragen bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen war die durchschnittliche Rücklaufquote 57,5% [28]. Die relativ hohe Teilnahmerate von über 60% an dieser Studie lässt hoffen, dass Frau-

enärzte an Kurzintervention generell interessiert sind und zeigt möglicherweise, dass sie darin einen Bezug zu ihrer Arbeit sehen. Ein weiterer positiver Befund ist, dass die schleswig-holsteinischen Frauenärzte eine relativ homogene Gruppe sind, es also keine signifikanten Unterschiede zwischen Geschlecht, Alter und Ort der Praxis und Einstellung zu Kurzintervention gibt. Das erleichtert die Planung, Verbreitung und Implementierung von Präventionsmaßnahmen. In Schleswig-Holstein sind deutlich mehr Männer als Frauen niedergelassen (61,5% vs. 38,5%), aber in der Stichprobe ist das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ausgeglichener (43% Frauen), da deutlich mehr Frauen (71,0%) an der Studie teilgenommen haben als Männer (59,5%). Da tendenziell Frauenärztinnen den gesamten Fragebogen hindurch eher positiv gegenüber Kurzintervention eingestellt sind, zeigt ihre höhere Teilnahmerate möglicherweise eine größere Aufgeschlossenheit gegenüber Kurzintervention.

## **5.2 Wichtigkeit von Kurzintervention**

Frauenärzte halten Kurzintervention sowohl bei Tabak als auch bei Alkohol nach den vorliegenden Ergebnissen für sehr wichtig. Im Zusammenhang mit der hohen Teilnahmerate an der Studie können diese Zahlen darauf hindeuten, dass die gesundheitliche Gefährdung für ihre Patientinnen durch beiden Substanzen von den Ärzten erkannt wird. Die große Zahl an Frauenärzten, die Kurzintervention bei Alkoholproblemen im Allgemeinen für sehr wichtig hält, spiegelt das Bewußtsein für die Auswirkungen von Alkoholmissbrauch und alkoholbezogenen Störungen in der Gesellschaft wider. Dass Kurzintervention bei den eigenen Patientinnen mit Alkoholproblemen für weniger wichtig gehalten wird, kann darauf hindeuten, dass Frauenärzte Alkohol immer noch eher als ein Problem von Männern betrachten oder dass sie die Verbindung zwischen Alkohol und gynäkologischen Erkrankungen nicht sehen [67][30]. Außerdem erschwert das Stigma, mit dem Alkoholmissbrauch in unserer Gesellschaft behaftet ist, Ärzten dieses Thema anzusprechen [91]. Beim Rauchen machen die Frauenärzte kaum einen Unter-

schied zwischen der Wichtigkeit bei den eigenen Patientinnen und im Allgemeinen. Das kann daran liegen, dass in der Frauenarztpraxis die Auswirkungen von Rauchen in der Schwangerschaft und die Wechselwirkungen zwischen Rauchen und hormonellen Verhütungsmitteln gut bekannt sind.

### **5.3 Einstellung zu Kurzintervention**

Die Einstellung zu Kurzintervention ist geprägt durch Zweifel an der Wirksamkeit einerseits und dem Gefühl der Zuständigkeit andererseits. Die Mehrheit der Frauenärzte hält Kurzintervention für nicht wirksam, obwohl die Wirksamkeit für Tabak- und Alkoholkonsum in mehreren Studien belegt wurde [79][37][61]. Fleming et al. konnten in Allgemeinarztpraxen sogar bessere Ergebnisse bei Frauen verglichen mit Männern nachweisen [36][29]. Trotz der Skepsis gegenüber Kurzintervention sehen sich Frauenärzte mehrheitlich in der Verantwortung. Dieses Verantwortungsgefühl kann ein guter Anknüpfungspunkt sein, um Frauenärzte dazu zu motivieren, Kurzintervention regelmäßig in ihrer Praxis durchzuführen. Im Zusammenhang mit der oben beschriebenen hohen Teilnahmerate und der Einschätzung der Wichtigkeit von Kurzintervention zeigt sich, dass Frauenärzte Kurzintervention nicht generell ablehnen, sondern genauere Informationen über die Durchführung und die Erfolgsaussichten von Kurzintervention benötigen.

### **5.4 Einschätzung der eigenen Kompetenz**

Der deutlichen Unsicherheit beim Erfassen einer Nikotinabhängigkeit bzw. eines riskanten Alkoholkonsums steht eine relative hoch eingeschätzte Kompetenz bei der Beratung gegenüber. Diese Diskrepanz ist problematisch, denn eine flächendeckende Erfassung des Substanzkonsums ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Intervention [35]. Wenn Frauenärzte Beratungen durchführen, vorher aber nicht bei jeder Patientin und nicht zuverlässig den Substanzkonsum erheben, erreichen sie vermutlich mit den Beratungen

einige der bedürftigen Frauen gar nicht. Dass die Frauenärzte sich nicht kompetent genug in der Erfassung des Substanzkonsums fühlen, liegt möglicherweise auch daran, dass ihnen Programme oder Leitlinien zur Diagnostik des Substanzkonsums in der Frauenarztpraxis fehlen. Für die Aus- und Weiterbildung in diesem Bereich ist die Kenntnis und die sichere Anwendung einer gezielten Substanzanamnese und einfacher Tests ein wichtiger Bestandteil. Dies wird auch von Gynäkologenverbänden wie dem „American College of Obstetrics and Gynecologists“ (ACOG) unterstrichen, das in seiner Committee Opinion alle Frauenärzte dazu auffordert, sich die nötigen Kenntnisse anzueignen, um eine wirkungsvolle Kurzintervention durchführen zu können [9][10].

## 5.5 Hinderungsgründe

Die beiden von den Ärzten als besonders wichtig genannten Hinderungsgründe an der Durchführung von Kurzintervention, Zeitmangel und mangelnde Mitarbeit der Patientinnen, deuten zum Teil auf Missverständnisse in der Definition von Kurzintervention hin. Sie soll wenig zeitaufwendig sein und wurde für den routinemäßigen Einsatz für niedergelassene Ärzte entwickelt, die nur begrenzte Zeit pro Patient haben. Ihre Effektivität konnte schon ab einer Interventionsdauer von 3-5 Minuten gezeigt werden [79]. Dennoch ist aufgrund der hohen Prävalenz von Tabak- und riskantem Alkoholkonsum mit einer zeitlichen Mehrbelastung zu rechnen. Um die als mangelhaft wahrgenommene Mitarbeit der Patientinnen besser verstehen zu können bzw. um die Mitarbeit zu erhöhen, ist eine genauere Kenntnis des Stufenmodells zur Verhaltensänderung [65] sowie der Methode der Motivierenden Gesprächsführung [60] hilfreich. So könnten Frauenärzte durch Motivationsförderung in niedrigen Stadien und konkrete Hilfestellung in höheren Stadien die Mitarbeit der Patientinnen fördern. Kaner, Heather et al. [48] und Anderson, Kaner et al. [13] zeigten eine positive Beziehung zwischen dem Kenntnisstand von Kurzintervention und dem Umgang mit riskantem Alkoholkonsum. Frauenärzte fühlen sich kompetenter im Umgang mit Rauchen als mit riskantem Alko-

holkonsum. Das passt zu dem Befund, dass eine unzureichende Ausbildung der wichtigsten Hinderungsgrund für Kurzintervention im Alkoholbereich ist. Zusammenfassend bedeutet dies, dass für Frauenärzte Rauchen wichtiger und auch einfacher zu behandeln ist.

## **5.6 Durchführung und Bereitschaft zu Kurzintervention**

Die Menge durchgeführter Kurzintervention wurde im Fragebogen auf zwei verschiedene Arten erhoben. Zum einen beantworteten die Frauenärzte, ob und bei wie vielen Patientinnen sie den Substanzkonsum erfassen und wie viele Patientinnen sie zu Suchtexperten überweisen oder selber beraten. Zum anderen wurde die Bereitschaft der Frauenärzte zur routinemäßigen Durchführung von Kurzintervention erfragt.

### **5.6.1 Erfassung des Konsums**

Weder das Rauchverhalten noch der Alkoholkonsum wird in Frauenarztpraxen durchgängig erhoben, sondern jeweils nur bei einigen Patientinnen. Alkoholkonsum wird signifikant weniger erhoben. Dieses Ergebnis passt zu der oben beschriebenen Einstellung der Frauenärzte. Da Kurzintervention als zeitaufwendig und wenig erfolgsversprechend angesehen wird, werden nur einige Patientinnen befragt. Diese Selektion in Verbindung mit der Unsicherheit in der Diagnostik von Nikotinabhängigkeit oder riskantem Alkoholkonsum birgt die Gefahr, dass zum einem ein Teil der Patientinnen gar nicht erreicht wird und zum anderen, dass die Relevanz von substanzbezogenen Störungen in der Frauenarztpraxis unterschätzt wird. Ungefähr ein Drittel der Frauenärzte gab an, dass „der Tabakkonsum bei jedem Frauenarztbesuch erhoben werden sollte“ (Tabelle 4.2). Diese Zahl stimmt relativ gut mit der Anzahl von Frauenärzten überein, die bei allen Patientinnen regelmäßig den Tabakkonsum erheben (Tabelle 4.5). Bei Alkohol gehen die Zahlen jedoch stark auseinander. Während fast zwei Drittel der Frauenärzte meinen, dass „das Trinkverhalten bei jedem Frauenarztbesuch erhoben werden sollte“,

tun dies nur 12% bei allen Patientinnen. In Übereinstimmung mit vorherigen Ergebnissen dieser Arbeit deuten die Befunde darauf hin, dass es Frauenärzten schwerer fällt, den Alkoholkonsum als den Tabakkonsum zu erfassen. Es ist auffällig, wie viele Frauenärzte keine Kurzintervention durchführen (jeder 5. bei Tabakkonsum, jeder 3. bei Alkoholkonsum), obwohl die Mehrheit Kurzintervention für sehr wichtig hält. Die Vorgabe, das Rauchverhalten jeder Patientin bei jedem Arztbesuch oder wenigstens regelmäßig einmal im Jahr abzufragen, entspricht durchaus den internationalen Leitlinien [75][35][80]. Das ACOG beschreibt Erfassung und Kurzintervention bei Patientinnen mit Alkoholproblemen sogar als ethische Verpflichtung der Patientin gegenüber [10].

### **5.6.2 Beratung**

Viele Frauenärzte gaben an, Beratungen für Raucherinnen durchzuführen. Das passt dazu, dass die Mehrheit sich in Beratung kompetent fühlt. Allerdings trifft dies nur für Tabak und nicht für Alkohol zu. Fast die Hälfte der Frauenärzte ist nicht zu Kurzintervention bei riskantem Alkoholkonsum bereit, obwohl die Mehrheit sich durchaus in der Verantwortung sieht (Tabelle 4.2). Möglicherweise sehen Frauenärzte bei Alkohol weniger Anknüpfungspunkte für eine Beratung, während die Verbindung zwischen Rauchen und Frauengesundheit leichter erkennbar scheint. Vielleicht erweckt der Begriff „Beratung“ bei den Frauenärzten auch den Eindruck von einer Entwöhnungs- oder Entzugstherapie, die sie verständlicherweise nicht leisten können oder sollen. Gemeint ist ein ärztlicher Ratschlag, z.B. im Rahmen einer gynäkologischen Befundmitteilung. In diesem Sinne bieten Themen wie Familienplanung, Schwangerschaft und Krebsvorsorge gute Anknüpfungspunkte sowohl für Tabak- als auch für Alkoholkonsum.

### **5.6.3 Überweisung**

Der hohen Zahl von Beratungen für Raucherinnen steht eine niedrige Zahl von Überweisungen an Suchtexperten gegenüber. Das mag daran liegen, dass Frauenärzte Beratungen selber durchführen oder aber daran, dass sie nicht wissen, wohin sie bei Niko-

tinabhängigkeit überweisen können. Seit 2008 gibt es eine Datenbank über Anbieter von Raucherberatung und Tabakentwöhnung in Deutschland, ein Gemeinschaftsprojekt des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) und der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung ([www.anbieter-raucherberatung.de](http://www.anbieter-raucherberatung.de)). Bei Alkohol sind die Anlaufstellen, z.B. durch Fachkliniken, weiter verbreitet. Da Frauenärzte sich bei Alkohol weniger zuständig und schlechter ausgebildet fühlen, ist es verständlich, dass sie riskant trinkende Patientinnen eher an Suchtexperten überweisen.

#### **5.6.4 Auslegen von Broschüren**

Wenige Frauenärzte lehnen es ab, in ihrer Praxis Informationsmaterial zu verteilen, allerdings sind es nur wenige Frauenärzte, die bereits Material ausliegen haben. Das Austeilen von Informationsmaterial ist die Form der Kurzintervention, die in der Frauenarztpraxis den geringsten Aufwand bedeutet und trotzdem effektiv ist. In einer Studie von Hall et al. [42] konnte gezeigt werden, dass Frauen, denen eine kurze schriftliche Information über den Zusammenhang zwischen Rauchen und Gebärmutterhalskrebs gegeben wurde, eher bereit waren, mit dem Rauchen aufzuhören. Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2003 bestätigte die Effektivität von Selbsthilfematerial zur Reduktion von riskantem und schädlichen Alkoholkonsum [14]. Informationsmaterial, das sich speziell an Frauen richtet, gibt es z. B. über das Frauengesundheitsportal der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung ([www.frauengesundheitsportal.de](http://www.frauengesundheitsportal.de)). Vielversprechend ist auch die Nutzung neuer Technologien, z. B. das computergestützte Kurzinterventionsprogramm ExtrA (Expertentest und -ratgeber Alkohol) bei riskantem Alkoholkonsum der Universität Lübeck ([www.alkohol-selbsttest.de](http://www.alkohol-selbsttest.de)), an das die Ärzte verweisen können [21].

## 5.7 Besondere Patientinnengruppen

Kurzintervention bei schwangeren Patientinnen ist Frauenärzten sehr wichtig, mit einem signifikanten Gefälle von Rauchen zu Alkoholkonsum, obwohl Alkoholkonsum in der Schwangerschaft einer der wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren für eine Reihe von Erkrankungen und Fehlbildungen des Kindes ist [57]. Die hoch eingeschätzte Relevanz von Kurzintervention bei schwangeren Raucherinnen stimmt mit einer Studie aus dem Saarland zu Beratung zur Rauchentwöhnung bei schwangeren Frauen überein, bei der die Wichtigkeit von Rauchentwöhnung von Frauenärzten ebenfalls sehr hoch eingeschätzt wurde [68]. Kurzintervention bei minderjährigen Mädchen halten weniger Frauenärzte für wichtig, obwohl die überwiegende Mehrheit zustimmt, dass junge Mädchen beim Frauenarzt gut erreicht werden können. Es gibt hinreichend Evidenz, dass ein frühes Einstiegsalter ein wichtiger Vorhersagewert sowohl für abhängiges oder lebenslanges Rauchen als auch für Alkohol- und Drogenabhängigkeit ist [31][41][46]. Je früher mit dem Rauchen begonnen wird und je länger das Rauchverhalten besteht, desto größer ist das Risiko für tabakassoziierte Erkrankungen [63]. Das ACOG weist in seiner bereits genannten „Committee Opinion“ auch auf die besondere Verantwortung der Frauenärzte gegenüber Mädchen und jungen Frauen hin [10]. Die Frauenärzte stimmten darin überein, dass die Krebsvorsorge eine gute Gelegenheit ist, das Gesundheitsverhalten anzusprechen. Krebsvorsorge als Anknüpfungspunkt für Kurzintervention in Frauenarztpraxen kann Frauenärzten helfen, einen Einstieg in Kurzintervention zu finden. Die Frage, ob rauchende Patientinnen hormonelle Verhütungsmittel erhalten sollten, wurde in den letzten Jahren auch in gynäkologischen Fachkreisen kontrovers diskutiert [75]. Ein Vorschlag des ACOG besteht darin, dass starken Raucherinnen im Alter von über 35 Jahren keine hormonellen Verhütungsmittel verschrieben werden sollten, aber dass bei jüngeren Patientinnen der Nutzen das Risiko überwiegt. Sie sollten dabei aber regelmäßig zu einer Raucherentwöhnung angehalten werden.

## 5.8 Vergleich mit anderen Studien

Es gibt nur sehr wenige Studien über die Einstellung von niedergelassenen Frauenärzten zu Kurzintervention. In Kanada wurde 1999 eine Fragebogenerhebung von Maheux et al. durchgeführt, in der untersucht wurde, inwieweit Haus- und Frauenärzte Gesundheitsrisiken erheben, unter anderem das Rauchverhalten und den Alkoholkonsum [56]. Die Ergebnisse der Studie weichen in großen Teilen deutlich von dieser Studie ab. Im Vergleich mit der Studie von Maheux et al. schätzten die schleswig-holsteinischen Frauenärzte ihre Kompetenz in der Erfassung des Alkoholkonsums deutlich niedriger ein (nur 22% hielten sich für eher kompetent). In Quebec bewerteten immerhin 43% der Frauenärzte ihre Kenntnis als ausreichend oder besser. In der kanadischen Studie gaben 56% der Frauenärzte an, bei über 90% der Patientinnen den Tabakkonsum zu erheben, aber nur 29% bei Alkoholkonsum, 41,1% der Frauenärzte fanden es schwierig, ihre Patientinnen auf Alkohol anzusprechen. Trotz abweichender Ergebnisse zeigen beide Studien, dass Frauenärzte in der Prävention zwischen Tabak- und Alkoholkonsum unterscheiden. Gemeinsam zeigen die Studien, dass Frauenärzte den Alkoholkonsum nur bei einer Minderheit der Patientinnen erheben.

## 5.9 Schlussfolgerung

Frauenärzte unterscheiden durchgängig zwischen Kurzintervention bei Rauchen und bei riskantem Alkoholkonsum. Bei Tabakkonsum sehen die Frauenärzte offenbar den Bezug zu ihrem Fachgebiet und sind motiviert, Kurzintervention durchzuführen. Eine konsequente Anwendung von Kurzintervention findet bis jetzt allerdings noch nicht statt. Bei Alkohol ist die Bereitschaft, Kurzintervention durchzuführen signifikant geringer. Nach Auswertung der Hinderungsgründe wird deutlich, dass der Aus- und Weiterbildungsbedarf an Präventions- und Interventionsmöglichkeiten groß ist. Hervorzuheben ist die Unsicherheit der Ärzte bei Erfassung und Diagnostik substanzbezogener Störungen. Auch eine verbesserte Kenntnis über die verschiedenen Arten von Kurz-

intervention (von Informationsmaterial bis zu Motivierender Gesprächsführung) kann Frauenärzten helfen, diese gezielter anzuwenden. Um Kurzintervention flächendeckend in Frauenarztpraxen einzuführen, kann die Entwicklung von Programmen nützlich sein, die direkt auf die Besonderheiten der frauenärztlichen Sprechstunde zugeschnitten sind und die den Frauenärzten besonders bei der Erfassung des Substanzkonsums behilflich sind. Insbesondere computergestützte Interventionsprogramme erscheinen besonders vielversprechend [21]. Für eine Veränderung der Wahrnehmung von Kurzintervention bei riskantem Alkoholkonsum ist es von entscheidender Bedeutung, ihre Effektivität deutlich zu machen und das Bewusstsein für alkoholbezogene Störungen bei Frauen zu erhöhen. Um die Motivation für Kurzintervention bei riskantem Alkoholkonsum zu steigern, sollte die Bedeutung für die Frauengesundheit und die Rolle des Frauenarztes in der Grundversorgung der Frau weiter untersucht und diskutiert werden.

## **5.10 Vorteile und Grenzen der Studie**

Der Einstellung von Frauenärzten zu Kurzintervention ist ein wissenschaftliches Feld, dass bislang noch nicht ausführlich untersucht worden ist. Zur Unterscheidung von Kurzintervention bei Alkohol- und bei Tabakkonsum in Frauenarztpraxen gibt es bislang keine Studien. Ein Vorteil der vorliegenden Arbeit ist die relativ hohe Rücklaufquote von 64%. Weiterhin wurden alle niedergelassenen Frauenärzte mit gynäkologischer Sprechstunde in einer definierten Region, Schleswig-Holstein, eingeschlossen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen klare Implikationen für die Praxis. Im Rahmen der vorliegenden Erhebung gab es keine Analyse der Studienverweigerer, es bleibt also unklar, ob eine bestimmter Untergruppe der Frauenärzte besonders oder gar nicht an der Studie teilgenommen hat und es dadurch bei den Ergebnissen zu Verzerrungen gekommen ist. Die Daten entstammen weiterhin einer begrenzten Region und sind nicht ohne Weiteres auf die gesamte Bundesrepublik übertragbar. Eine weitere Einschränkung der Studie ist, dass im Fragebogen der Begriff der Kurzintervention nicht eindeutig de-

finiert wurde, so dass Frauenärzte möglicherweise unterschiedliche Vorstellungen von Kurzintervention hatten.

## 6 Zusammenfassung

Die vorliegende Studie untersuchte die Einstellungen der niedergelassenen Frauenärzte in Schleswig-Holstein zu Kurzintervention bei Tabak- und riskantem Alkoholkonsum. Die Anzahl rauchender und riskant trinkender Frauen in Deutschland zeigt, dass Bedarf an Interventionsformen besteht, die sich besonders an Frauen richten. Für Raucherinnen und riskant trinkende Frauen besteht ein erhöhtes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen oder gynäkologische Erkrankungen wie das Zervixkarzinom. Die besondere Rolle als Ansprechpartner in verschiedenen Lebensphasen wie Adoleszenz, Familienplanung, Schwangerschaft und Wechseljahren bietet Frauenärzten eine gute Ausgangslage für Interventionen bei Substanzkonsum. Das Ziel der Studie ist eine Untersuchung der Einstellungen zu und Hinderungsgründe von Kurzintervention in der Frauenarztpraxis sowie die jeweiligen Unterschiede zwischen Tabak- und Alkoholkonsum.

**Methodik:** Ein anonymisierter Fragebogen wurde in mehreren Wellen an alle niedergelassenen Frauenärzte mit allgemeingynäkologischer Sprechstunde in Schleswig-Holstein verschickt.

**Ergebnisse:** Die Teilnahmequote betrug 64%. Die meisten Frauenärzte schätzen die Wichtigkeit von Kurzintervention als sehr hoch ein. Kurzintervention bei riskantem Trinkverhalten wurde in der Frauenarztpraxis als weniger wichtiger betrachtet als in der Allgemeinbevölkerung (63,9% vs. 74,0%). Kurzintervention wurde von der Mehrheit der Frauenärzte als wenig wirksam erachtet, besonders für riskanten Alkoholkonsum. Die Frauenärzte fühlten sich sicherer in der Beratung als in der Diagnostik des Substanzkon-

sums, nur 35% gaben an, das Rauchverhalten jeder Patientin zu erfragen, den Alkoholkonsum erfragten nur 12% der Frauenärzte bei jeder Patientin. Viele Frauenärzte gaben an, selber Beratungen bei rauchenden Patientinnen durchzuführen (78,6%), Frauen mit riskantem Alkoholkonsum wurden eher zu Suchtexperten überwiesen. Die wichtigsten Hinderungsgründe für die Durchführung von Kurzintervention bei Tabakkonsum waren Zeitmangel und mangelnde Mitarbeit der Patientinnen, bei riskantem Alkoholkonsum eine unzureichende Ausbildung.

**Diskussion:** Obwohl ein eindeutiger Zusammenhang zwischen gynäkologischen Erkrankungen und Tabak- sowie Alkoholkonsum besteht, wird Kurzintervention in der Frauenarztpraxis noch nicht durchgängig angewendet, obwohl die Wichtigkeit und Zuständigkeit deutlich gesehen wird. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit von verstärkter medizinischer Aus- und Weiterbildung und Information über Formen, Nutzen und Notwendigkeit von Kurzintervention in der Frauenarztpraxis.

# Literaturverzeichnis

- [1] *Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception.* Lancet, 348(9026):498–505, Aug 1996.
- [2] *Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic.* WHO, 1998.
- [3] *Krebs in Deutschland - Häufigkeiten und Trends - Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung.* Arbeitsgemeinschaft bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland, 1999.
- [4] *Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland.* Bundesministeriums für Jugend, Familie, Senioren und Frauen, 1999.
- [5] *Handbuch für das Gesundheitswesen Schleswig-Holstein.* Verlag Handbuch für das Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein, 2002.
- [6] *Tabakbedingte Störungen „Leitlinie Tabakentwöhnung“.* AWMF online, 2004.
- [7] *Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004-2007.* Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA Köln, 2007.
- [8] *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008.* Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA Köln, 2009.
- [9] *ACOG: ACOG Committee Opinion. Primary and preventive care: periodic assessments.* Obstet Gynecol, 102(5 Pt 1):1117–1124, Nov 2003.

- [10] ACOG: *ACOG Committee Opinion. Number 294, May 2004. At-risk drinking and illicit drug use: ethical issues in obstetric and gynecologic practice.* Obstet Gynecol, 103(5 Pt 1):1021–1031, May 2004.
- [11] AERTGEERTS, B., F. BUNTINX, S. ANSOMS und J. FEVERY: *Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population.* Br J Gen Pract, 51(464):206–217, Mar 2001.
- [12] AHLSTEN, G., S. CNATTINGIUS und G. LINDMARK: *Cessation of smoking during pregnancy improves foetal growth and reduces infant morbidity in the neonatal period. A population-based prospective study.* Acta Paediatr, 82(2):177–181, Feb 1993.
- [13] ANDERSON, PETER, EILEEN KANER, SONIA WUTZKE, MICHEL WENSING, RICHARD GROL, NICK HEATHER, JOHN SAUNDERS und WORLD HEALTH ORGANIZATION BRIEF INTERVENTION STUDY GROUP: *Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a world health organization international collaborative survey.* Alcohol Alcohol, 38(6):597–601, 2003.
- [14] APODACA, TIMOTHY R und WILLIAM R MILLER: *A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems.* J Clin Psychol, 59(3):289–304, Mar 2003.
- [15] BATRA, ANIL: *Tabakabhängigkeit. Wissenschaftliche Grundlagen und Behandlung.* Kohlhammer Verlag, 2003.
- [16] BAUMEISTER, S. und L. KRAUS: *Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006.* Sucht, 54:26–35, 2008.

- [17] BERGMANN, E. und P. KAMTSIURIS: *Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Der Bundes-Gesundheitssurvey - Baustein der Gesundheitssurveillance in Deutschland*. Robert-Koch-Institut, 2002.
- [18] BERTHOLET, NICOLAS, JEAN-BERNARD DAEPPEN, VINCENT WIETLISBACH, MICHAEL FLEMING und BERNARD BURNAND: *Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis*. Arch Intern Med, 165(9):986–995, May 2005.
- [19] BERTZ, JOACHIM, KLAUS GIERSEPPEN, JÖRG HABERLAND, STEFAN HENTSCHEL, PETER KAATSCH, ALEXANDER KATALINIC, ROLAND STABENOW, CHRISTA STEGMAIER und HARTWIG ZIEGLER: *Krebs in Deutschland*. Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2006.
- [20] BÜHRINGER, GERHARD, RITA AUGUSTIN, ECKARDT BERGMANN und ET AL.: *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Nomos Verlag, 2000.
- [21] BISCHOF, G., S. HAUG und ET AL: *Nutzung neuer Technologien zur bevölkerungswirksamen Prävention riskanten Alkoholkonsums*. Prävention und Gesundheitsförderung, 1(3):19–23, 2008.
- [22] BISCHOF, GALLUS, SUSAN REINHARDT, JANINA GROTHUES, CHRISTIAN MEYER, ULRICH JOHN und HANS-JÜRGEN RUMPF: *Development and evaluation of a screening instrument for alcohol-use disorders and at-risk drinking: the brief alcohol screening instrument for medical care (BASIC)*. J Stud Alcohol Drugs, 68(4):607–614, Jul 2007.
- [23] BOWLING, J. R.: *Clinical teaching in the ambulatory care setting: how to capture the teachable moment*. J Am Osteopath Assoc, 93(2):235–239, Feb 1993.
- [24] BRADY, K. T. und C. L. RANDALL: *Gender differences in substance use disorders*. Psychiatr Clin North Am, 22(2):241–252, Jun 1999.

- [25] BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, LONDON: *Smoking and reproductive life: The impact of smoking on sexual, reproductive and child health*. 2004.
- [26] BRITTON, JOHN, CLIVE BATES, KEVIN CHANNER, LINDA CUTHBERTSON, CHRISTINE GODFREY, MARTIN JARVIS und ANN MCNEILL: *Nicotine Addiction in Britain: A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. Royal College of Physicians of London, 2000.
- [27] CHANG-CLAUDE, J., H. BECHER, U. HAMANN und T. SCHROEDER-KURTH: *[Risk assessment for familial occurrence of breast cancer]*. Zentralbl Gynakol, 117(8):423–434, 1995.
- [28] COOK, JULIA V, HEATHER O DICKINSON und MARTIN P ECCLES: *Response rates in postal surveys of healthcare professionals between 1996 and 2005: an observational study*. BMC Health Serv Res, 9:160, 2009.
- [29] COULTON, SIMON, JUDE WATSON, MARTIN BLAND, COLIN DRUMMOND, EILEEN KANER, CHRISTINE GODFREY, ALAN HASSEY, VERONICA MORTON, STEVE PARROTT, TOM PHILLIPS, DUNCAN RAISTRICK, DAPHNE RUMBALL und GILLIAN TOBER: *The effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care (AESOPS) - a randomised control trial protocol*. BMC Health Serv Res, 8:129, 2008.
- [30] CYR, MICHELE G und KELLY A MCGARRY: *Alcohol use disorders in women. Screening methods and approaches to treatment*. Postgrad Med, 112(6):31–2, 39–40, 43–7, Dec 2002.
- [31] DEWIT, D. J., E. M. ADLAF, D. R. OFFORD und A. C. OGBORNE: *Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders*. Am J Psychiatry, 157(5):745–750, May 2000.

- [32] DILLING, HORST und ET AL.: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. WHO, 1991.
- [33] ECKERT, T. und C. JUNKER: *Motivation for smoking cessation: what role do doctors play?* Swiss Med Wkly, 131(35-36):521–526, Sep 2001.
- [34] EWING, J. A.: *Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire*. JAMA, 252(14):1905–1907, Oct 1984.
- [35] FIORE, M. C.: *US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence*. Respir Care, 45(10):1200–1262, Oct 2000.
- [36] FLEMING, M. F., K. L. BARRY, L. B. MANWELL, K. JOHNSON und R. LONDON: *Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices*. JAMA, 277(13):1039–1045, Apr 1997.
- [37] FLEMING, MICHAEL F, MARLON P MUNDT, MICHAEL T FRENCH, LINDA BAIER MANWELL, ELLYN A STAUFFACHER und KRISTEN LAWTON BARRY: *Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis*. Alcohol Clin Exp Res, 26(1):36–43, Jan 2002.
- [38] GLYNN, T. und M. MANLEY: *How to help your patients to stop smoking. A National Cancer Institute Manual for Physicians*. US Department of Health and Human Services., 1989.
- [39] GMEL, G. und J. REHM ET AL.: *Binge drinking in Europe: definitions, epidemiology and consequences*. Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 49(2):105–116, 2003.
- [40] GÖRANSSON, MONA, ASA MAGNUSSON, HANS BERGMAN, ULF RYDBERG und MARKUS HEILIG: *Fetus at risk: prevalence of alcohol consumption during pre-*

- gnancy estimated with a simple screening method in Swedish antenatal clinics.* Addiction, 98(11):1513–1520, Nov 2003.
- [41] GRANT, JULIA D, JEFFREY F SCHERRER, MICHAEL T LYNSKEY, MICHAEL J LYONS, SETH A EISEN, MING T TSUANG, WILLIAM R TRUE und KATHLEEN K BUCHOLZ: *Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: evidence from a twin design.* Psychol Med, 36(1):109–118, Jan 2006.
  - [42] HALL, SUE, AMANDA J BISHOP und THERESA M MARTEAU: *Increasing readiness to stop smoking in women undergoing cervical screening: evaluation of two leaflets.* Nicotine Tob Res, 5(6):821–826, Dec 2003.
  - [43] HAUSTEIN, K. O.: *Pharmacotherapy of nicotine dependence.* Int J Clin Pharmacol Ther, 38(6):273–290, Jun 2000.
  - [44] HEATHERTON, T. F., L. T. KOZLOWSKI, R. C. FRECKER und K. O. FAGERSTRÖM: *The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire.* Br J Addict, 86(9):1119–1127, Sep 1991.
  - [45] HIBELL, B., U. GUTTORMSSON und ET AL.: *The 2007 ESPAD Report Substance Use Among Students in 35 European Countries.* ESPAD: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs., 2007.
  - [46] HU, MEI-CHEN, MARK DAVIES und DENISE B KANDEL: *Epidemiology and correlates of daily smoking and nicotine dependence among young adults in the United States.* Am J Public Health, 96(2):299–308, Feb 2006.
  - [47] JOHN, U. und M. HANKE: *Tobacco smoking- and alcohol drinking-attributable cancer mortality in Germany.* Eur J Cancer Prev, 11(1):11–17, Feb 2002.
  - [48] KANER, E. F., N. HEATHER, J. BRODIE, C. A. LOCK und B. R. MCAVOY: *Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary care.* Br J Gen Pract, 51(471):822–827, Oct 2001.

- [49] KLEINMAN, J. C., M. B. PIERRE, J. H. MADANS, G. H. LAND und W. F. SCHRAMM: *The effects of maternal smoking on fetal and infant mortality*. Am J Epidemiol, 127(2):274–282, Feb 1988.
- [50] KRANNICH, D., J. GROTHUES und ET AL: *Einstellungen von Hausärzten zum Thema Frühintervention bei Alkoholproblemen*. Sucht, 52(2):133–139, 2006.
- [51] KRAUS, L. und R. AUGUSTIN: *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000 [Population survey on the consumption of psychoactive substances in the german adult population 2000]*. Sucht, 47:Sonderheft 1: 7–86, 2001.
- [52] KREIENBERG, ROLF: *The gynecologist as 'family doctor for women' - a model of the future?* Gynakol Geburtshilfliche Rundsch, 44(3):154–161, Jun 2004.
- [53] KREUTER, M. W., S. G. CHHEDA und F. C. BULL: *How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect*. Arch Fam Med, 9(5):426–433, May 2000.
- [54] LEADER, S. und P. J. PERALES: *Provision of primary-preventive health care services by obstetrician-gynecologists*. Obstet Gynecol, 85(3):391–395, Mar 1995.
- [55] MAGEE, B. DALE, DALE HATTIS und NANCY M KIVEL: *Role of smoking in low birth weight*. J Reprod Med, 49(1):23–27, Jan 2004.
- [56] MAHEUX, B., N. HALEY, M. RIVARD und A. GERVAIS: *Do physicians assess lifestyle health risks during general medical examinations? A survey of general practitioners and obstetrician-gynecologists in Quebec*. CMAJ, 160(13):1830–1834, Jun 1999.
- [57] MERZENICH, HILTRUD und PETER LANG: *Alkohol in der Schwangerschaft. Ein kritisches Resumee*. Fachheftreihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 17, 2002.

- [58] MILLER, W. R. S. und V. C.: *Motivating young adults for treatment and lifestyle change. Alcohol use and misuse by young adults*. University of Notre Dame Press, Seiten 55–82, 1994.
- [59] MILLER, WILLIAM R. und STEPHEN ROLLNICK: *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. Guilford Publications, 1991.
- [60] MILLER, WILLIAM R., STEPHEN ROLLNICK und KELLY CONFORTI: *Motivational Interviewing, Preparing People for Change*. Guilford Press, 2002.
- [61] MOYER, ANNE, JOHN W FINNEY, CAROLYN E SWEARINGEN und PAMELA VERGUN: *Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations*. *Addiction*, 97(3):279–292, Mar 2002.
- [62] PABST, ALEXANDER und LUDWIG KRAUS: *Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006*. *Sucht*, 54 (Sonderheft):12–21, 2008.
- [63] PETO, R., A. D. LOPEZ, J. BOREHAM, M. THUN, C. HEATH und R. DOLL: *Mortality from smoking worldwide*. *Br Med Bull*, 52(1):12–21, Jan 1996.
- [64] PHIPPS, W. R., D. W. CRAMER, I. SCHIFF, S. BELISLE, R. STILLMAN, B. ALBRECHT, M. GIBSON, M. J. BERGER und E. WILSON: *The association between smoking and female infertility as influenced by cause of the infertility*. *Fertil Steril*, 48(3):377–382, Sep 1987.
- [65] PROCHASKA, J. O. und C. C. DiCLEMENTE: *Stages of change in the modification of addictive behaviors. Progress in behavior modification*. Sycamore Publishing Company, 28:3–67, 1992.

- [66] PROCHASKA, J. O., C. C. DICLEMENTE und J. C. NORCROSS: *In search of how people change. Applications to addictive behaviors.* Am Psychol, 47(9):1102–1114, Sep 1992.
- [67] RANDALL, C. L., J. S. ROBERTS, F. K. DEL BOCA, K. M. CARROLL, G. J. CONNORS und M. E. MATTSON: *Telescoping of landmark events associated with drinking: a gender comparison.* J Stud Alcohol, 60(2):252–260, Mar 1999.
- [68] RÖSKE, KATHRIN, WOLFGANG HANNÖVER, JOCHEN RENÉ THYRIAN, ULRICH JOHN und HANS-JOACHIM HANNICH: *Smoking cessation counselling for pregnant and postpartum women among midwives, gynaecologists and paediatricians in Germany.* Int J Environ Res Public Health, 6(1):96–107, Jan 2009.
- [69] RUBIO, GABRIEL, MIGUEL ANGEL JIMÉNEZ-ARRIERO, ISABEL MARTÍNEZ, GUILLERMO PONCE und TOMÁS PALOMO: *Efficacy of physician-delivered brief counseling intervention for binge drinkers.* Am J Med, 123(1):72–78, Jan 2010.
- [70] RUMPF, H.-J.: *Häufigkeit von Suchterkrankungen in der Lübecker Bevölkerung.* Medizinische Gesellschaft zu Lübeck, 1998.
- [71] RUMPF, H. J., U. HAPKE, A. HILL und U. JOHN: *Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices.* Alcohol Clin Exp Res, 21(5):894–898, Aug 1997.
- [72] RUMPF, H. J., U. HAPKE, C. MEYER und U. JOHN: *Motivation to change drinking behavior: comparison of alcohol-dependent individuals in a general hospital and a general population sample.* Gen Hosp Psychiatry, 21(5):348–353, 1999.
- [73] SASS, H., H. U. WITTCHEN, M. ZAUDIG und I. HOUBEN: *Diagnostische Kriterien - DSM-IV-TR.* Hogrefe Verlag, 2003.
- [74] SAUNDERS, J. B., O. G. AASLAND, T. F. BABOR, J. R. DE LA FUENTE und M. GRANT: *Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AU-*

- DIT*): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption–II. *Addiction*, 88(6):791–804, Jun 1993.
- [75] SCHIFF, I., W. R. BELL, V. DAVIS, C. M. KESSLER, C. MEYERS, S. NAKAJIMA und B. J. SEXTON: *Oral contraceptives and smoking, current considerations: recommendations of a consensus panel*. *Am J Obstet Gynecol*, 180(6 Pt 2):S383–S384, Jun 1999.
- [76] SCHMIDT, L.: *Tabakabhängigkeit und ihre Behandlung*. *Dt Ärzteblatt*, 98:1826–1833, 2001.
- [77] SCHÖBERBERGER, RUDOLF und MICHAEL KUNZE: *Nikotinabhängigkeit. Diagnostik und Therapie*. Springer, Wien, 1999.
- [78] SELZER, M. L.: *The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument*. *Am J Psychiatry*, 127(12):1653–1658, Jun 1971.
- [79] SILAGY, C.: *Physician advice for smoking cessation*. *Cochrane Database Syst Rev*, (2):CD000165, 2000.
- [80] SIMPSON, DAVID: *Doctors and Tobacco: Medicine's Big Challenge*. Tobacco Control Resource Centre at the British Medical Association, 2000.
- [81] SMITH-WARNER, S. A., D. SPIEGELMAN, S. S. YAUN, P. A. VAN DEN BRANDT, A. R. FOLSOM, R. A. GOLDBOHN, S. GRAHAM, L. HOLMBERG, G. R. HOWE, J. R. MARSHALL, A. B. MILLER, J. D. POTTER, F. E. SPEIZER, W. C. WILLETT, A. WOLK und D. J. HUNTER: *Alcohol and breast cancer in women: a pooled analysis of cohort studies*. *JAMA*, 279(7):535–540, Feb 1998.
- [82] STEVENS, V. J., H. SEVERSON, E. LICHTENSTEIN, S. J. LITTLE und J. LEBEN: *Making the most of a teachable moment: a smokeless-tobacco cessation intervention in the dental office*. *Am J Public Health*, 85(2):231–235, Feb 1995.

- [83] SZAREWSKI, A., M. J. JARVIS, P. SASIENI, M. ANDERSON, R. EDWARDS, S. J. STEELE, J. GUILLEBAUD und J. CUZICK: *Effect of smoking cessation on cervical lesion size*. Lancet, 347(9006):941–943, Apr 1996.
- [84] VOORHIS, B. J. VAN, C. H. SYROP, D. G. HAMMITT, M. S. DUNN und G. D. SNYDER: *Effects of smoking on ovulation induction for assisted reproductive techniques*. Fertil Steril, 58(5):981–985, Nov 1992.
- [85] WALTER, HENRIETTE, ALEXANDER DVORAK, KARIN GUTIERREZ, WERNER ZITTERL und OTTO MICHAEL LESCH: *Gender differences: does alcohol affect females more than males?* Neuropsychopharmacol Hung, 7(2):78–82, Jun 2005.
- [86] WECHSLER, H., A. DAVENPORT, G. DOWDALL, B. MOEYKENS und S. CASTILLO: *Health and behavioral consequences of binge drinking in college. A national survey of students at 140 campuses*. JAMA, 272(21):1672–1677, Dec 1994.
- [87] WELCH, ROBERT A und VERONIQUE POULIN: *Specific roles of the obstetrician-gynecologist*. Obstet Gynecol Clin North Am, 30(3):601–615, Sep 2003.
- [88] WEST, R., A. MCNEILL und M. RAW: *Smoking cessation guidelines for health professionals: an update*. Health Education Authority. Thorax, 55(12):987–999, Dec 2000.
- [89] WILLETT, W., M. J. STAMPFER, C. BAIN, R. LIPNICK, F. E. SPEIZER, B. ROSNER, D. CRAMER und C. H. HENNEKENS: *Cigarette smoking, relative weight, and menopause*. Am J Epidemiol, 117(6):651–658, Jun 1983.
- [90] WINDHAM, G. C., J. VON BEHREN, L. FENSTER, C. SCHAEFER und S. H. SWAN: *Moderate maternal alcohol consumption and risk of spontaneous abortion*. Epidemiology, 8(5):509–514, Sep 1997.

- [91] WYATT, STEPHEN A und MICHAEL A DEKKER: *Improving physician and medical student education in substance use disorders*. J Am Osteopath Assoc, 107(9 Suppl 5):ES27–ES38, Sep 2007.

## 7 Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Hohagen für die Möglichkeit, in seiner Klinik meine Doktorarbeit durchzuführen und der gesamten Arbeitsgruppe S:TEP für die Unterstützung und die Möglichkeit, Büros, Telefone und große Mengen an Kopien und Briefmaterial zu nutzen. Vor allem möchte ich mich für die freundliche und stets motivierende Betreuung durch Dr. Janina Grothues bedanken, die mir geduldig über lange Zeit bei Fragen und Problemen zur Seite gestanden ist und viele Entwürfe der Doktorarbeit und der Publikation korrekturgelesen hat.

Herrn Dr. Hans-Jürgen Rumpf danke ich für die Überlassung des Themas und die Unterstützung im Verlauf der Arbeit, vor allem für die gemeinsame Vorstellung der Studie auf der Jahrestagung des Schleswig-Holsteinischen Gynäkologenverbandes sowie für die hilfreichen Vorschläge zur Verbesserung des Manuskriptes.

Ich bedanke mich ganz herzlich bei den Frauenärzten in Schleswig-Holstein, die mit ihrer Teilnahme an der Studie diese Arbeit überhaupt möglich gemacht haben.

Meinen Freunden danke ich fürs Zuhören und für tatkräftige Mithilfe beim Eintüten unzähliger Anschreiben, Einverständniserklärungen und Fragebögen.

Meinem Mann Martin danke ich besonders für die technische Unterstützung bei sämtlichen Computerproblemen sowie für die Formatierung und das Layout der Arbeit.

Meiner Familie danke ich für die stetige Ermutigung und Geduld im gesamten Prozess der Entstehung dieser Arbeit und dafür, dass sie die Hoffnung daran nie aufgegeben haben.



## 8 Lebenslauf

Name: Antje Claudia Demmert, geb. Gocke

Geburtsdatum: 24.01.1980

Geburtsort: San José, Costa Rica

Familienstand: verheiratet

Nationalität: deutsch



### Schulbildung

1986 - 1990 Goetheschule, Grund- und Hauptschule, Kiel

1990 - 1999 Kieler Gelehrtenschule, humanistisches Gymnasium

06/1999 Abitur; Note 1,3

### Studium

seit 10/2000 Medizinstudium an der Universität Lübeck

09/2002 Ärztliche Vorprüfung (Physikum); Abschlussnote 2

08/2003 1. Abschnitt der ärztlichen Prüfung (1. Staatsexamen); Note 2

09/2005 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung (2. Staatsexamen); Note 1,6

06/2007 3. Abschnitt der ärztlichen Prüfung (3. Staatsexamen); Note 1

### Beruf

seit 07/2007 Assistenzärztin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Universität Lübeck

### Doktorarbeit

2003 - 2010 Studie über die Einstellung von niedergelassenen Frauenärzten  
in Schleswig-Holstein zu Kurzinterventionen bei Patientinnen, die  
rauchen oder einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen.

