

# Spezial

0 Text Text  
 0 Text Text  
 0 Text Text  
 0 Text Text  
 0 Text Text  
 0 Text Text



## Beratungsablauf am Rauchfrei Telefon



# Drei Minuten für die Rauchabstinenz

Der Stellenwert der Kurzintervention zur Tabakentwöhnung im Setting der Urologie.

Von Sophie Meingassner

**Ask, Advice, Connect: Das Ansprechen des Rauchverhaltens und die klare und bestimmte Empfehlung des Rauchstopps, im Idealfall gefolgt von der direkten Weitervermittlung zu einem Tabakentwöhnangebot – diese drei Maßnahmen können die Abstinenzraten signifikant erhöhen. Und sie erfordern nicht mehr als drei Minuten.**

Rauchen ist der wichtigste vermeidbare Risikofaktor für eine Reihe von tabakassoziierten Folgeerkrankungen. Auch das Urothelkarzinom zählt dazu. Der Rauchstopp ist somit eine wichtige Maßnahme zur Prävention und Therapie.

Für das urologische Setting ist die minimale Kurzintervention, also die Ansprache des Rauchverhaltens und die Empfehlung des Rauchstopps, gefolgt von der Vermittlung zu evidenzbasierten Tabakentwöhn-

programmen eine wirksame, zeit- und kosteneffektive Strategie, um Patientinnen und Patienten dabei zu unterstützen, den Rauchstopp umzusetzen und so die urologische Behandlung zu optimieren.

### Rauchen ist eine Erkrankung

Dem verbreiteten Risikoverhalten Rauchen - und weiterführend der Tabakentwöhnung - werden in unserem Gesundheitssystem bei Weitem nicht die Aufmerksamkeit und der Stellenwert zuteil, der ihnen gebühren würden, sieht man sich die enormen medizinischen und ökonomischen Folgewirkungen des Tabakkonsums an. Rauchen wird teilweise immer noch als private Angelegenheit, als persönliche Entscheidung oder sogar als Freiheit angesehen, nicht als die chronische Suchterkrankung Nikotinabhängigkeit, die es im Großteil der Fälle jedoch ist.



**Kongress**  
**Fortbildungstagung der ÖGU**  
 Linz, 4. – 5. November 2014

Das allgemeine Wissen um das Krankheitsbild, um die tabakassoziierten Folgeerkrankungen und Interventions- und Therapiemöglichkeiten sind oft nicht ausreichend. Auch die gesellschaftlichen und institution-

nellen Rahmenbedingungen erleichtern die Ansprache des Rauchverhaltens und die Therapie der Tabakabhängigkeit in der alltäglichen ärztlichen Routine meist nicht.

### Nichtansprechen signalisiert Akzeptanz

Rauchen ist als chronische Erkrankung, die in den meisten Fällen schon über Jahrzehnte besteht, nicht einfach zu behandeln. Oft besteht wenig Krankheitseinsicht; Widerstand zur Verhaltensänderung ist bei den Raucherinnen und Rauchern deutlich spürbar. Erfolg ist nicht garantiert und Rückfälle gehören zum Krankheitsbild. Aus ärztlicher Sicht ist es durchaus nachvollziehbar, wenn das Thema Tabakabhängigkeit nicht angesprochen wird, gerade wenn Zeitdruck, Erwartungshaltungen von Patienten und ein anderer medizinischer Fokus in der Behand-

lung den Patientenkontakt kennzeichnen.

In der Praxis zeigt sich, dass das ärztliche Nichtansprechen des Rauchverhaltens eine unterschätzte Signalwirkung haben kann. Durch das Nichtansprechen des oft offensichtlichen Risikoverhaltens Rauchen wird das Gegenteil, also Duldsamkeit oder Akzeptanz signalisiert. Auch kann dadurch eine vermeintliche Irrelevanz des Rauchverhaltens

Fortsetzung auf Seite 28



Fortsetzung von Seite 27

für die körperlichen/gesundheitlichen Aspekte interpretiert werden. Das Nichtansprechen liefert somit eine subjektive Argumentation für das Aufrechterhalten des Rauchens: „Mein Arzt hat mir aber nicht gesagt, dass ich aufhören muss“. „Meine Ärztin hat zum Rauchen nichts gesagt, es kann nicht so schlimm sein!“ und „Mein Arzt raucht selber!“.

#### Kurzintervention als effektive Maßnahme

Was im Gegenteil oft überrascht ist die Wirksamkeit von ärztlichen Kurzinterventionen. Schon eine minimale Kurzintervention zur Tabakentwöhnung von weniger als drei Minuten durch Gesundheitsfachpersonen erhöht die Abstinenzraten signifikant<sup>1</sup>.

Die Wirksamkeit steigt, wie zu erwarten, mit der Intensität der Intervention. Für die alltägliche Praxis ist jedoch die Minimalintervention bis zu drei Minuten erstaunlich effektiv, einfach umsetzbar und sollte daher von allen Gesundheitsfachpersonen genutzt werden.

Ein vielversprechender Ansatz zur Kurzintervention ist das Modell „Ask - Advice - Connect“<sup>2</sup>, bei dem nach der Ansprache und der Empfehlung des Rauchstoppes Raucherinnen und Raucher direkt zu einem Entwöhnungsangebot übermittle werden.

#### Ask: Ansprechen des Rauchverhaltens

So einfach es klingt, so wichtig ist die Ansprache des Rauchverhaltens. Rauchen ist ein aus medizinischer Sicht enorm relevantes Risikoverhalten für so gut wie alle Fachrichtungen. Die Erhebung des Rauchverhaltens ist also auch - oder gerade im - urologischen Setting indiziert. Die einfache Frage: „Rauchen Sie?“ oder falls der Tabakgeruch deutlich ist -



#### Wirksamkeit der Kurzintervention

Intensitätslevel	Studienname	Estimated odds ratio (95% CI)	Estimated abstinence rate (95% CI)
Kein Kontakt	30	1,0	10,9
Minimalberatung (< 3 min.)	19	1,3 (1,01–1,6)	13,4 (10,9–16,1)
Wenig intensive Beratung (3–10 min.)	16	1,6 (1,2–2,0)	16,0 (12,8–19,2)
Intensive Beratung (> 10 min.)	55	2,3 (2,0–2,7)	22,1 (19,4–24,7)

Geschätzte Abstinenzraten für verschiedene Intensitäten der Beratung<sup>2</sup>

„Wieviel rauchen Sie?“ machen dem Gegenüber deutlich, dass das eigene Rauchen relevant ist. Das Rauchverhalten sollte bei jedem Patientenkontakt erfragt werden. Die Dokumentation der Tabakabhängigkeit kann mittels F 17.2 nach dem ICD 10 erfolgen.

#### Advice: Empfehlung des Rauchstopps

Der zweite Punkt ist die klare Empfehlung des Rauchstopps. Eine wertfreie und unmissverständliche Formulierung hilft dabei, die Notwendigkeit des Rauchstopps zu vermitteln und die Motivation zur Umsetzung der Verhaltensänderung zu stärken. „Ich empfehle Ihnen in jedem Fall den Rauchstopp“ oder „Aus

medizinischer Sicht ist der Rauchstopp das Beste, das Sie selber für Ihre Gesundheit tun können“ sind Formulierungen, die kaum fehlinterpretiert werden können.

#### Exkurs zu Reduktion versus Rauchstopp

Unsicherheit besteht oft bei der Empfehlung des reduzierten Rauchens. Eine Reduktion der gerauchten Zigarettenmenge stellt manchmal einen guten Einstieg in die Veränderung des Rauchverhaltens dar, vor allem dann, wenn ein Rauchstopp noch nicht vorstellbar ist. Längerfristig soll der Rauchstopp aber als klares Ziel definiert werden. Zum einen sind auch nur zwei bis drei Zigaretten pro Tag gesund-

heitsschädlich<sup>3</sup>, zum anderen schaffen es wenige abhängige Personen, das reduzierte Rauchverhalten langfristig aufrecht zu erhalten. Ein Rückfall auf das vorherige Niveau ist wahrscheinlich.

#### Connect: Vermittlung zu Entwöhnungsangeboten

Einer von zehn Rauchern schafft den Rauchstopp langfristig ohne Hilfe. Professionelle Unterstützung beim Rauchstopp erhöht die Erfolgswahrscheinlichkeit<sup>4</sup>. Um Raucherinnen und Raucher nach der Ansprache und Empfehlung des Rauchstopps verbindlich entsprechende Unterstützung zukommen zu lassen, um die Abstinenzraten zu steigern, hat sich das Modell der direkten per-

sönlichen Vermittlung zu einem Therapieangebot, wie z. B. einer „Quitline“, also einer telefonischen Beratung zur Tabakentwöhnung, als wirksam erwiesen<sup>5</sup>.

In Österreich steht das Rauchfrei Telefon, eine Initiative der Sozialversicherung, der Länder und des Bundesministeriums für Gesundheit allen Interessierten kostenfrei zu Verfügung ([www.rauchfrei.at](http://www.rauchfrei.at)).

Es bietet sich als Anlaufstelle und Unterstützung an. Per Faxformular können Gesundheitsfachpersonen ihre rauchenden Patienten zu einem Beratungsgespräch anmelden, der Anruf erfolgt durch das Beratungsteam innerhalb weniger Werktage. Nach dem Anamnesegespräch erfolgt eine Begleitung beim Rauchstopp mit durchschnittlich sechs Beratungsgesprächen. Die Abbildung zeigt den üblichen Beratungsablauf am Telefon. ■

MMag. Sophie Meingassner ist Klinische- und Gesundheitspsychologin und fachliche Leiterin des Rauchfrei Telefons.

#### Literatur:

<sup>1</sup>Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. (May 2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.

<sup>2</sup>Lichtenschopf, A., Standards der Tabakentwöhnung: Konsensus der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie - Update 2010, Springer, 2011.

<sup>3</sup>Vidrine, J.I. et al., Ask-Advice-Connect. A New Approach to Smoking Treatment Delivery in Health Care Settings. *Jama Intern Med.* published online February 25, 2013

<sup>4</sup>Salim Yusuf et al., Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937–52