



in Zusammenarbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer und dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

**Nr. 43
März
2011**

Editorial

Auch in der Tabakentwöhnung sehr erfahrene Therapeuten und Kursleiter stehen immer wieder vor dem Rätsel, dass Raucher A scheinbar mühelos Abstinenz erreicht, Raucher B mit sehr ähnlichen prognostischen Merkmalen aber nicht. Da würde man gerne hineinschauen in die Köpfe der Betroffenen. Mittels bildgebender Verfahren wie der funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRT) ist das zumindest ansatzweise möglich. Dabei gibt es dann auch durchaus Bemerkenswertes zu sehen. Eine Arbeitsgruppe der University of Michigan in Ann Arbor fand heraus, dass diejenigen Raucher, die mit bestimmten Gehirnaktivitäten auf für sie relevante Ausstiegsbotschaften reagieren, größere Ausstiegschancen haben (1). Ausstiegswillige Personen beantworteten zunächst Fragen zu ihrer Gesundheit, Gewohnheiten, Einstellungen in Bezug auf das Rauchen und nach den Gründen, die sie bislang vom Aufhören abgehalten hatten. Auf Basis ihrer Antworten wurden dann individuell zugeschnittene Rauchstopp-Botschaften erstellt (wie z.B. persönliche Hindernisse für einen Ausstieg) und mit allgemeinen Rauchstatements und neutralen Botschaften vermischt. Während die Teilnehmer diesen Mix anhörten, wurden fMRT-Aufnahmen angefertigt, die zeigen konnten, dass bestimmte Gehirnareale (der dorsomediale präfrontale Cortex, der Gyrus präcuneus und angularis) bei individuell zugeschnittenen Botschaften, die mit der Selbstwahrnehmung (die eigene Person betreffende Bewertungen und Entscheidungen) assoziiert sind, besonders aktiv waren. Alle Teilnehmer erhielten anschließend eine web-basierte individuelle Ausstiegsberatung mit Selbsthilfematerialien und Nikotinpflaster. Die Aktivität im dorsomedialen präfrontalen Kortex (Brodmann Area 9) konnte den Rauchstatus nach vier Monaten am besten vorhersagen: Bei erfolgreichen Teilnehmern waren bei den fMRT-Aufnahmen hier die stärksten Aktivitäten gemessen worden. Bei der Nachbefragung berichteten diese Studienteilnehmer davon, dass sie besser in der Lage waren, mit Rauchen assoziierte Situationen zu meiden und Belastungen auf andere Art zu bewältigen. Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, dass Ausstiegsangebote besonders dann wirksam sind, wenn sie individuell und persönlich relevante Themenbereiche ansprechen und damit die Selbstreflexion fördern.

Inhaltsverzeichnis:

Editorial	1
Fortbildungen für Fachberufe	2
Kongresse/Tagungen	2
News in Kürze	3
Aus der Praxis – für die Praxis	3
Neue Publikationen	4–5

Rauchende Patienten, die wegen ihrer koronaren Herzerkrankung mit Statinen behandelt werden, haben ein deutlich höheres Risiko für schwere kardiovaskuläre Events (MCVE) als vergleichbare Patienten, die nicht rauchen. In einer im Januar 2011 erschienenen Publikation (2) wurden Daten aus zwei großen Studien mit insgesamt fast 19 000 Patienten analysiert. Raucher erlitten unter Statin-Behandlung 1,68 mal häufiger als Nieraucher und 1,57 mal häufiger als ehemalige Raucher ein MCVE wie Herztod, Myokardinfarkt, Schlaganfall oder Herzstillstand. Die „Number needed to treat“, um ein MCVE innerhalb der nächsten fünf Jahre durch eine Tabakentwöhnung zu verhindern, lag bei 22. Der Unterschied in der absoluten Auftretensrate von MCVE war zwischen Rauchern und Exrauchern mit 4,5% mehr als doppelt so groß wie der Rückgang der absoluten Auftretensraten durch eine Hochdosis-Statintherapie im Vergleich zu einer Therapie mit mittlerer Dosis (1,7% in Studie 1 bzw. 2,2% in Studie 2). Letztlich bleibt also eine moderne medizinische Therapie nahezu wirkungslos, wenn keine Mitbehandlung des Tabakkonsums erfolgt. Womit wir beim Schwerpunktthema dieser Ausgabe des Newsletters angekommen wären – der Tabakentwöhnung in der Klinik.

Dazu gibt es einen Bericht über ein bemerkenswertes Projekt des Tumorzentrums Ludwig Heilmeyer am Uniklinikum Freiburg sowie die Vorstellung einer neuen Göttinger Studie zum Wissenstand von Ärzten und Patienten im Krankenhaus. Von der Mayo Clinic aus Rochester kommt eine Studie zu den Möglichkeiten ärztlicher Ansprachen und Telefonberatung bei Patienten vor einem elektiven Eingriff. Vervollständigt wird der Newsletter durch eine kurze Darstellung einer Metaanalyse zur Behandlung von Konsumenten rauchlosen Tabaks. Wie gewohnt informieren wir darüber

hinaus über bevorstehende Fortbildungs- und Veranstaltungstermine.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung

Ihr Redaktionsteam

Martina Pötschke-Langer, Peter Lindinger,
Anil Batra, Wilfried Kunstmann

(1) Chua HF, Ho SS, Jasinska AJ et al. (2011) Self-related neural response to tailored smoking-cessation messages predicts quitting. *Nature Neuroscience*, published online 27 February 2011; doi:10.1038/nn.2761

(2) Frey P, Waters DD, DeMicco DA et al (2011) Impact of Smoking on Cardiovascular Events in Patients With Coronary Disease Receiving Contemporary Medical Therapy (from the Treating to New Targets [TNT] and the Incremental Decrease in End Points Through Aggressive Lipid Lowering [IDEAL] Trials). *The American Journal of Cardiology*, 107, 145–150

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe

1. 20stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.. Teilnehmer werden ausführlich in die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Rauchern mit dem gemäß § 20 SGB V anerkannten Programm „Nichtraucher in 6 Wochen“ eingeführt und sollten allgemeine Erfahrung in der Suchttherapie mitbringen. Teilnehmer haben Anspruch auf Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer. **Termin:** 01.07.–02.07.2011. Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Osianderstraße 24, 72076 Tübingen. Information und Anmeldung: Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen, Tel.: 07071/2982313, Fax: 07071/295384 oder sucht@med.uni-tuebingen.de

2. Kursleiterschulung für das „Rauchfrei Programm“ des IFT und der BZgA durch das Institut für Therapieforchung München. **Termine** (verkürzt): Mainz, 02.04.–03.04.2011; Dresden, 07.05.–08.05.2011; Lübeck 25.06.–26.06.2011. Standardschulung (38 Unterrichtsstunden): 12.05.–16.05.2011, Frankfurt. Die verkürzten Schulungen richten sich an Personen mit psychotherapeutischen Zusatzqualifikationen. Infos unter <http://www.rauchfrei-programm.de/schulung.htm>; Anmeldung bei braun@ift.de; Tel.: 089/360804-91, Fax: 089/ 360804-98

3. Curriculum Tabakentwöhnung der Bundesärztekammer: Die Qualifikationsmaßnahme für Ärzte hat einen Umfang von 20 Stunden und kombiniert in einem „Blended Learning“-Format zwei Präsenz-

einheiten (insgesamt 12 Stunden) mit online-gestütztem, tutoriell begleitetem Selbststudium (8 Stunden). Die nächsten Termine: Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung: Einführung 04.05.2011; Abschlussveranstaltung 28.05.2011. Bezirksärztekammer Südwürttemberg: Einführung 14.04.2011; Abschlussveranstaltung 25.06.2011. Weitere Auskünfte unter Tel.: 030 – 400456412 oder cme@baek.de

4. 2-tägiges, durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V. zertifiziertes Kursleiter-Seminar zur Durchführung von Tabakentwöhnungen in Gruppentherapie des Institutes für Raucherberatung & Tabakentwöhnung Bayern (IRT Bayern). Teilnehmer qualifizieren sich für die Leitung von Kursen nach dem Entwöhnungsprogramm des IRT Bayern (6 Sitzungen innerhalb von 14 Tagen + 2 Stabilisierungssitzungen 3 und 6 Wochen nach Kursende). Die Kurse sind von allen gesetzlichen Krankenkassen anerkannt.

Termine: 29.04.–30.04.2011 und 29.07.–30.07.2011. Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16 a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089 – 68 999 511.

5. Die Deutsche Psychologen Akademie bietet vom 04.05.–06.05.2011 in Berlin das 20stündige „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. an. Infos und Anmeldung unter <http://www.dpa-bdp.de/veranstaltungen.html> oder bei l.krueger@dpa-bdp.de; Tel. 030/20 9166314, Fax: 030/209166316

Kongresse/Tagungen:

National

12. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. Thema: Von Forschungsprojekten zur Verbesserung der Versorgung in der Praxis? Ärzte und Psychologen erhalten 4 CME-Fortbildungspunkte. Termin: 23.03.2011, 13–17 Uhr. Tagungsort: Gästehaus der Universität; Frauenlobstraße 1 (Ecke Miquelallee), Frankfurt. Programm und Anmeldung unter www.wat-ev.de

International

5. Europäische Konferenz Tabak oder Gesundheit (ECToH) vom 27. bis 30. März 2011 in Amsterdam. Infos, Programm und Anmeldung unter <http://ectoh.org>

Das 13. Annual Meeting der Society for Research on Nicotine and Tobacco Europe (SRNTE) 2011 findet vom 08.09 – 11.09.2011 in Antalya, Türkei statt. Programm und Anmeldung: <http://www.srnTEU2011.org/invitation/>

News in Kürze

a) Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen DNRfK wird unter neuer Koordination selbständig

Umstrukturierungsmaßnahmen führten mit Unterstützung von Mitgliedern des DNRfK und ENSH-Global Network for Tobacco Free Health Care Services zu einem Wechsel der Koordinationsstelle des DNRfK zu Health Care Plus. Health Care Plus wird von Christa Rustler geleitet. Sie wird zusammen mit Manja Nehrkorn das DNRfK wie gewohnt weiter betreuen. Schulungstermine zum „ABC der Raucherberatung“ werden in Kürze wieder auf der Webseite des DNRfK zu finden sein. Anfragen zu Kursen und Informationen zur Mitgliedschaft im DNRfK sind erhältlich unter rustler@healthcare-plus.net, Telefon: 030/44045203, Mobil: 0171/7535126

b) Die Cochrane-Arbeitsgruppe hat im März 2011 eine neue Metaanalyse veröffentlicht:

Ebbert J, Montori VM, Erwin PJ, Stead LF. Interventions for smokeless tobacco use cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2. Art. No.: CD004306. DOI: 10.1002/14651858.CD004306.pub4.

Rauchloser Tabak wird ohne Verbrennung meist oral konsumiert und gewinnt zunehmend an Bedeutung. Ob sich die bei Rauchern bewährten Interventionen auch auf User rauchlosen Tabaks übertragen lassen, wurde in diesem Review untersucht. Die Ergebnisse sind gemischter Natur: Daten einer Studie bei schwedischen Snus-Konsumenten lassen vermuten, dass Vareniclin die Abstinenzquoten verbessert (Odds Ratio OR = 1,6, 95% KI 1,08 – 2,36). In zwei Studien mit Bupropion SR konnte längerfristig (sechs Monate und länger) keine Überlegenheit im Vergleich zu Placebo ermittelt werden (OR 0,86, 95% KI 0,47 – 1,57). Nikotinersatztherapie mit den Präparaten Pflaster, Kaugummi und Lutschtablette konnte die Abstinenzraten ebenfalls nicht signifikant verbessern (OR 1,14, 95% KI 0,91 – 1,42). Aus methodischen Gründen fällt eine Bewertung der Ergebnisse zu behavioralen Interventionen schwerer. Hier wurde eine auffällige Heterogenität unter den 14 Studien festgestellt. Sieben Studien fanden einen statistisch und klinisch signifikanten Effekt, vier weitere Arbeiten lassen bei weiten Konfidenzintervallen zumindest einen Effekt vermuten, während zwei Studien vergleichbare Abstinenzraten bei Interventions- und Kontrollbedingung mit relativ engen Konfidenzintervallen fanden. Die meisten Interventionen beinhalteten Telefonberatung und/oder eine orale Untersuchung mit Rückmeldungen zu Veränderungen der Mukosa. Es gibt Hinweise, dass behaviorale Interventionen mit Telefonberatung Abstinenzraten stärker beeinflussen als Interventionen mit weniger intensivem Kontakt.

Aus der Praxis – für die Praxis

„Das Freiburger Modell“ – Prävention für rauchende Patienten am Tumorzentrum Ludwig Heilmeyer – Comprehensive Cancer Center Freiburg

Kontaktdaten:

Tumorzentrum Ludwig Heilmeyer
Comprehensive Cancer Center Freiburg/CCCF
Cancer Prevention Management Team/CPMT
Hugstetter Straße 55, D-79106 Freiburg
Tel.: 0761/270-71720, Fax: 0761/270-71730
E-Mail: cpmt@uniklinik-freiburg.de
<http://www.cccf-praeventionsteam.de>
Sprechzeiten: Mo-Fr, 09:00h – 17:00h
Leitung: Dipl.-Psych. Cornelia Schulz, Dr. Andreas Jähne

Projektbeschreibung:

Um die nachgewiesenen günstigen Effekte eines Krankenhausaufenthaltes hinsichtlich der Motivation für Verhaltensänderungen und damit eine mögliche Reduktion von Gesundheitsrisikofaktoren zu nutzen, wurden am Tumorzentrum Ludwig Heilmeyer Comprehensive Cancer Center Freiburg (CCCF) des Universitätsklinikums Freiburg Strukturen etabliert, die eine systematische Beratung rauchender Patienten durch ein multiprofessionelles Präventionsteam (CPMT) ermöglichen. Raucher werden während ihres Klinikaufenthaltes von den Mitarbeitern auf den Stationen identifiziert und an das Präventionsteam überwiesen. Dieses motiviert dann die gemeldeten Patienten mittels Motivierender Gesprächsführung (MI) zum Rauchstopp. Mindestens ein Beratungsgespräch findet vor Ort im Klinikum statt. Bei Einwilligung zum Rauchstopp wird der Patient in eine wohnortnahe ressourcenorientierte und evidenzbasierte Entwöhnungstherapie vermittelt, die unter anderem anhand der individuellen Situation des Patienten, seiner weiteren Behandlung, dem Grad der Tabakabhängigkeit und den therapeutischen Vorerfahrungen ausgewählt wurde. Zu diesem Zweck wurde ein tragfähiges regionales Versorgungsnetzwerk aus Ärzten, Psychologen und Beratungsstellen im Einzugsgebiet des Universitätsklinikums aufgebaut. Das Präventionsteam unterstützt die Patienten nach der Entlassung telefonisch bis zu 16 Wochen. In der Implementierungsphase von Januar 2009 bis Januar 2012 wird das Projekt als eines von drei europäischen Projekten durch die Global Health Partnership Foundation USA und die Firma Pfizer gefördert. Ziel ist es, das am Universitätsklinikum Freiburg etablierte Beratungsangebot durch die aufgebaute Präventionsabteilung des CCCF weiter aufrechtzuerhalten und auszubauen. Auch die Übertragung auf andere Kliniken in Deutschland und damit verbunden die Integration von Präventionsstrukturen in den Alltag von Gesundheitsexperten, soll weiter vorangetrieben werden

Erste Ergebnisse (Februar 2009 – Januar 2011)

Projektteilnehmer

Insgesamt wurden 971 Patienten zum Rauchstopp beraten. 490 (50,5%) willigten der Erstellung eines indivi-

duellen Entwöhnungsplanes und einer Begleitung durch das CPMT ein. Weitere 69 (7,1%) Patienten stimmten lediglich der Teilnahme an der Follow-Up Erhebung zu. 60% der Teilnehmer sind männlich, das Durchschnittsalter beträgt 49,5 Jahre und der durchschnittliche Konsum liegt bei 20,1 Zigaretten pro Tag. 47% der Projektteilnehmer weisen eine starke bzw. sehr starke Tabakabhängigkeit auf (FTND > 6). Die Patienten hatten durchschnittlich bereits 2,5 Aufhörversuche hinter sich.

Beratungsergebnisse

Bei 86% der Projektteilnehmer konnte durch die Beratung des Präventionsteams der ursprüngliche Wunsch nach einer nicht evidenzbasierten Unterstützung beim Rauchstopp zu einer evidenzbasierten Therapiemethode verändert werden. 263 Patienten (53,7% der Projektteilnehmer) wurden an einen externen Entwöhnungsanbieter vermittelt. 365 Patienten (74,5%) planten, eine Form von medikamentöser Unterstützung wahrzunehmen, 204 Patienten (56,4%) nahmen diese dann tatsächlich in Anspruch. 144 Patienten (29,8 %) planten, mit Hilfe eines Selbsthilfemanuals mit dem Rauchen aufzuhören, 72,7 % setzten diesen Plan auch um.

Follow-Up

Bisher liegen von 225 Patienten Daten der ersten Follow-Up-Erhebung nach 3 Monaten vor: 128 Patienten gaben an, abstinent zu sein (28,1% aller Projektteilnehmer, die die Therapie beendet haben, 56,9% der erreichten Patienten).

Fazit

Es ist möglich, eine strukturierte Raucherberatung im Alltag eines Großklinikums zu etablieren und den motivationalen Moment einer Krankenhausbehandlung zu nutzen. Das Freiburger Modell verbindet ressourcen- und leitlinienbasierte Therapieauswahl mit telefonischer Begleitung der Patienten durch den Entwöhnungsprozess. Eine intensive Vernetzung regionaler Entwöhnungstherapeuten mit dem Klinikum ermöglicht eine optimale Nutzung vorhandener Therapieressourcen. Ein großer Anteil selbst schwerkranker Patienten ist zum Rauchstopp motiviert, und die ersten Abstinenzzahlen sind viel versprechend.

Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung

a) Raupach T, Merker J, Hasenfuß G, Andreas S, Pipe A (2011) Knowledge gaps about smoking cessation in hospitalized patients and their doctors. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, Epub 11. Februar

Hintergrund

Der Stellenwert einer ärztlichen Beratung rauchender Patienten im ambulanten Bereich ist unumstritten. Auch hospitalisierte Raucher/innen profitieren von ärztlichen Interventionen zur Unterstützung eines Entwöhnungsversuchs; allerdings ist nicht bekannt, ob rauchende

Patienten in deutschen Krankenhäusern der Maximalversorgung eine adäquate Beratung hinsichtlich ihres Tabakkonsums erhalten. Außerdem besteht die Annahme, dass Raucher sich der gesundheitlichen Auswirkungen des Tabakkonsums bewusst sind. In dieser Studie wurden Ärzte und Patienten einer Universitätsklinik zum Thema Rauchen befragt.

Methode

Für die beiden Zielgruppen der Umfrage wurden unterschiedliche Papier-Fragebögen entworfen. Beide Bögen enthielten Fragen zum Raucherstatus, zur rauchbedingten Morbidität (rauch-attributable Fraktion für fünf Erkrankungen) sowie zur Effektivität unterschiedlicher Entwöhnungsmethoden. Der Fragebogen für Ärzte enthielt Fragen zum Management rauchender Patienten. Letztere wurden gefragt, ob sie von ihren behandelnden Ärzten beraten wurden. Alle 159 ärztlichen Mitarbeiter/innen der Inneren Medizin und der chirurgischen Disziplinen sowie insgesamt 1000 Patienten auf den entsprechenden Stationen wurden zur Teilnahme an der Befragung eingeladen.

Ergebnisse

Knapp die Hälfte (48,4%) aller angesprochenen Ärzte nahmen an der Studie teil. Der Fragebogen-Rücklauf bei Patienten auf chirurgischen Stationen war mit 76,5% höher als auf internistischen Stationen (54%). Die Raucherquote der Patienten lag mit 33,0% leicht über dem Bevölkerungsdurchschnitt. Hinsichtlich der rauch-attributablen Fraktion verschiedener Erkrankungen wurden sowohl von Ärzten als auch von nichtrauchenden Patienten weitgehend realistische Einschätzungen abgegeben. Rauchende Patienten hingegen tendierten dazu, den durch Tabakrauch ausgelösten Anteil aller Fälle an COPD und Lungenkrebs deutlich zu unterschätzen. Sowohl Ärzte als auch Patienten hielten „Willenskraft allein“ für eine effektive Methode, um eine langfristige Tabak-Abstinenz zu erreichen. Zudem schätzten Patienten die Wirksamkeit einer ärztlichen Beratung geringer ein als die Effektivität von Akupunktur.

Die Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzte (98,7%) hielt es für sinnvoll, den Raucherstatus stationärer Patienten zu erheben, und knapp 90% aller Patienten erinnerten sich daran, von ihrem behandelnden Arzt nach ihrem Rauchverhalten gefragt worden zu sein. Während 93,5% der befragten Ärzte der Ansicht waren, dass rauchenden Patienten zur Entwöhnung geraten werden sollte, gaben nur 27,3% an, alle rauchenden Patienten auch tatsächlich zu beraten. Passend hierzu konnten sich nur knapp 40% der befragten Raucher daran erinnern, einen entsprechenden Ratschlag erhalten zu haben. Auf den internistischen Stationen war die diesbezügliche Versorgung schlechter als auf den chirurgischen Stationen. Als Hauptgründe für das Unterlassen einer Raucherberatung führten die Ärztinnen und Ärzte Zeitmangel und eine unzureichende diesbezügliche Ausbildung auf; zugleich waren sie der Ansicht, dass die Raucherberatung nicht in ihren Verantwortungsbereich falle.

Herausgeber:
Deutsches Krebsforschungszentrum
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle
in Zusammenarbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und
Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer und dem
Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Martina Pötschke-Langer

Redaktion:
Dr. Martina Pötschke-Langer, Dipl.-Psych. Peter Lindinger,
Prof. Dr. Anil Batra, Dr. Wilfried Kunstmann

Diskussion

Eine stationäre Behandlung stellt für viele Raucherinnen und Raucher eine Chance dar, einen Entwöhnungsversuch zu unternehmen. Nach den gültigen Leitlinien sollen Ärztinnen und Ärzte eine stationäre Behandlung zum Anlass nehmen, entsprechende Unterstützung anzubieten. Die hier vorgestellten Daten zeigen auf, welche Umstände einer Umsetzung dieser Leitlinien im Wege stehen: Während rauchende Patienten die rauchbedingten Risiken stärker unterschätzen als bisher angenommen, herrscht bei vielen Ärzten die wissenschaftlich unhaltbare Vorstellung, dass Willenskraft allein ausreicht, um die Tabakabhängigkeit zu überwinden. Zeitmangel, unzureichende Ausbildung und fehlendes Verantwortungsbewusstsein der Ärzte sind die wichtigsten Gründe dafür, dass weniger als 50% aller rauchenden Patienten im Krankenhaus eine Beratung zur Tabakentwöhnung erhalten.

Wichtig für die Praxis – Kommentar der Autoren

Angesichts der weiterhin steigenden Kosten im Gesundheitssektor sollten präventive ärztliche Maßnahmen prioritär gefördert werden. Krankenhäuser können durch die Umsetzung einer konsequenten Rauchfrei-Politik und entsprechende Schulungen des Personals nicht nur positive Impulse für ihre Außenwirkung setzen, sondern auch einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung der rauchbedingten Morbidität und Mortalität leisten.

b) Warner DO, Klesges RC, Lowell CD et al (2011) Clinician-delivered Intervention to Facilitate Tobacco Quitline Use by Surgical Patients. *Anesthesiology* Feb 10 [Epub ahead of print]

Hintergrund

Telefonische Ausstiegsberatung ist weit verbreitet und gilt als evidenzbasierte und wirksame Interventionsform. Ein bevorstehender elektiver Eingriff stellt einen „teachable moment“ für ein Angebot zur Tabakentwöhnung dar: Der Verlauf des Eingriffs und die Wiedergenesung werden im Falle eines Rauchstopps positiv beeinflusst. Dennoch erhalten nur wenige Patienten eine präoperative Ausstiegsintervention. In der vorliegenden Studie wurde eine Intervention getestet, bei der die zuständigen Ärzte die Inanspruchnahme einer Telefonberatung bei Rauchern vor einem elektiven Eingriff fördern sollten.

Methode

Nach formativen Vorarbeiten, an denen Patienten und Klinikärzte (Anästhesisten und Chirurgen) gleichermaßen beteiligt waren, wurde eine Intervention mit folgenden

Komponenten entwickelt: (1) Anraten eines Rauchstopps so lange wie möglich vor und nach dem Eingriff mit der Betonung, dass ein Verzicht auf Zigaretten am Morgen des Eingriffs besonders wichtig sei; (2) Beschreibung des Telefonservice und (3) Verteilen einer Broschüre mit der Telefonnummer der Quitline. Es wurde jedoch keine direkte Unterstützung zum Rauchstopp geboten. Die Kontrollbedingung bestand aus einer Kurzintervention nach den 5 As, bei der die Ausstiegsberatung von den Klinikmitarbeitern selbst geleistet wurde. Ermittelt wurden die Nutzungsrate der Telefonberatung (mind. eine Beratungseinheit) und die selbstberichteten Abstinenzquoten 30 und 90 Tage nach dem Eingriff bei 300 randomisierten Patienten.

Ergebnisse

Die Teilnehmermerkmale der beiden Gruppen waren vergleichbar. Am Morgen vor der Operation hatten die Teilnehmer im Mittel (Median) 10 Stunden nicht geraucht. Die zuständige Quitline führte mit 29 der 149 Teilnehmer der Telefonintervention (19.5%), aber keinem Teilnehmer der Kontrollgruppe mindestens eine vollständige Beratungseinheit durch. In Bezug auf die Punktprävalenz- oder kontinuierliche Abstinenzrate gab es weder nach 30 noch nach 90 Tagen signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, auch wenn die Abstinenzraten der Teilnehmer der Telefonintervention durchweg höher waren (s. Tabelle 1). Unter den Teilnehmern der Telefonintervention waren diejenigen (nicht signifikant) häufiger abstinent, die zumindest eine komplette Session absolviert hatten (11 von 29, entspricht 37.9% vs. 29 von 120, entspricht 24.2%, $p=.16$).

Erfolgsmaß	Quitline	Kontrolle	p
7-Tage-PP-Abst.			
30 Tage	30,2%	24,5%	.301
90 Tage	26,8%	25,8%	.896
Kontinuierliche Abst.			
30 Tage	24,8%	19,2%	.266
90 Tage	17,4%	15,2%	.642

Tabelle 1: 7-Tage Punktprävalenz- und anhaltende Abstinenz nach 30 und 90 Tagen

Diskussion

Klinikärzte und Assistenzpersonal können die Nutzung telefonischer Beratungsangebote fördern und in ihrer knapp bemessenen Zeit an eine wirksame Beratungseinrichtung verweisen. Eine solche Intervention hat das Potenzial für eine flächendeckende Verbreitung und Implementierung. Es bedarf aber noch weiterer Studien, um die Wirksamkeit hinsichtlich langfristiger Abstinenz zu ermitteln.