

Implementierung von Maßnahmen zur Tabakentwöhnung im Krankenhaus

Basisdaten eines pneumologischen Patientenkollektivs

Implementing In-Patient Smoking Cessation Interventions
Basic Characteristics of Smoking Patients in a Lung Health Department

Autoren

A. Rupp¹, J. Blank², S. Blattner², E. Adzemovic², M. Hetzel²

Institute

¹ Zentrum für Tabakentwöhnung Stuttgart (Leiter Dr. med. Alexander Rupp)

² Krankenhaus vom Roten Kreuz Bad Cannstatt GmbH – Sana Kliniken (Chefarzt PD Dr. med. Martin Hetzel)

eingereicht 4. 9. 2011
akzeptiert nach Revision
14. 9. 2011

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1291403>
Online-Publikation: 10.11.2011
Pneumologie 2012; 66: 14–19
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0934-8387

Korrespondenzadresse

Dr. med. Alexander Rupp
Zentrum für Tabakentwöhnung
Stuttgart
Rotebühlplatz 19
70178 Stuttgart
info@zft-stuttgart.de

Zusammenfassung



Hintergrund: Krankenhäusern kommt bei der Tabakentwöhnung (TE) eine Schlüsselrolle zu. Dennoch werden nur selten Interventionen zur TE angeboten trotz nachgewiesener Effektivität. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, Daten rauchender Patienten zu erheben, um eine zielgruppenspezifische Intervention im Krankenhaus zu entwickeln.

Methodik und Patienten: Von Juli bis September 2009 wurde bei allen stationären Aufnahmen der Rauchstatus erhoben und durch Messung des CO-Hb validiert. Raucher, die zum ersten Mal stationär auf periphere Stationen aufgenommen wurden, erhielten ein umfangreiches Fragebogeninstrument. Ausschlusskriterien waren zu kurze Liegedauer und kognitive bzw. sprachliche Einschränkungen. Von den teilnehmenden Rauchern (TN) wurden zusätzlich klinische Daten erhoben.

Ergebnisse: Die Raucherquote lag bei 25%. Die Teilnahmequote der einschließbaren Patienten lag bei 89,4%. Der Fragebogen fand bei Rauchern eine hohe Akzeptanz und lieferte eine Vielzahl von Informationen für die anschließende Beratung. Pro Tag kann in einer 80-Betten-Abteilung mit 3–4 Rauchern für eine Intervention gerechnet werden. Mindestens ein Kontakt ist während des Aufenthaltes möglich. Obwohl 75% der TN bereits mindestens einen Aufhörversuch aufwiesen, hatten nur die Wenigsten Unterstützungsmaßnahmen in Anspruch genommen.

Schlussfolgerungen: Spezifische Fragebögen sind zur Evaluation der Rauchanamnese in Akutkrankenhäusern geeignet und können eine bettseitige Raucherberatung wesentlich erleichtern. Um ihrer Schlüsselrolle bei der TE gerecht werden zu können, sollten mehr Krankenhäuser entsprechende Interventionen implementieren.

Abstract



Background: Hospitals have a unique key role in promoting smoking cessation. However, cessation interventions are uncommon in clinical routine despite their proven effectiveness. For planning a tailored intervention for hospitalised patients we examined the characteristics of smokers in our department for lung diseases.

Methods and Patients: From July to September 2009 we evaluated the smoking status of all admitted patients. The smoking status was validated by measuring the CO-Hb. Smokers admitted for the first time on one of our regular wards received a comprehensive questionnaire. Patients with a duration of stay of 2 days or less and patients with substantial cognitive or linguistic limitations were excluded. Clinical data was collected from the participating smokers.

Results: 25% of all admitted patients were smokers. The participation rate was almost 90% of the eligible smokers. Our questionnaire was very well accepted and provided multitude helpful information for a following cessation counselling. Up to 3 or 4 smokers per day should be anticipated for a cessation intervention at an 80-bed-hospital. At least one counselling contact could be enabled. Although 75% of participants had experienced at least one unsuccessful quit attempt, only a minority used any support or help for cessation so far.

Conclusions: Specific questionnaires to evaluate the smoking history of patients in hospitals are very suitable and facilitate a subsequent bedside-counseling. To come up with their key role in promoting smoking cessation more hospitals as yet should implement cessation interventions.

Tab. 1 Schlüsselrolle von Krankenhäusern zur TE (modifiz. nach [19]).

Potenziale	Organisatorische Möglichkeiten
<ul style="list-style-type: none"> – Raucherquote im stationären Kollektiv 13 – 55% [24, 25, 30, 31]. – erhöhte Wiederaufnahmerate von Rauchern [11] bietet Möglichkeit zu wdh. Interventionen – neue Diagnosen vergrößern Aufhörtmotivation [27, 28, 32] – Wahrnehmung der eigenen Vulnerabilität erhöht Motivation für Verhaltensänderung [10, 27] – gesetzliche Rauchfreiheit von Krankenhäusern (LNRSchG) – bisherige Rauchgewohnheiten werden durch rauchfreie Umgebung, Abläufe der Diagnostik, gesundheitliche Beeinträchtigung bzw. Immobilität und durch Rauchfrei-Regelungen bereits verändert – Reduktion der Zigaretten/spontaner Rauchstopp während Krankenhausaufenthalt [33] – Rauchfreiheit in Klinik ist positiver Prädiktor für langfristige Abstinenz [30] 	<ul style="list-style-type: none"> – mehrere Kontakte möglich – Multi-Disziplinarität – sofortiger Beginn medik. Entzugsbehandlung – Möglichkeiten für ambulante Nachbetreuung – Weiterverweisen zu anderen Angeboten – unterschiedliche Interventionsmöglichkeiten (z. B. Physiotherapie, Ernährungsberatung,...) – Feedback erhobener Befunde

TE = Tabakentwöhnung

LNRSchG = Landesnichtraucherschutzgesetz der einzelnen Bundesländer

Einleitung

Die Behandlung tabakrauchbedingter Gesundheitsstörungen und Erkrankungen bleibt – trotz leicht rückläufiger Raucherzahlen in Deutschland über die letzten Jahre – in allen medizinischen Fachrichtungen eine tägliche Herausforderung; insbesondere vor dem Hintergrund, dass ein Rauchstopp bei vielen Erkrankungen das weitere Voranschreiten deutlich verlangsamen oder stoppen, die Mortalität reduzieren [1–4] oder dazu beitragen kann, Komplikationen zu verhindern [5]. Dies trifft für den ambulanten wie auch den stationären Bereich zu.

Täglich sterben allein in Deutschland mehr als 300 Menschen an einer tabakrauchassoziierten Erkrankung [6]. Angesichts der bekannten medizinischen und sozioökonomischen Folgen des Tabakrauchens müssen Maßnahmen zur Tabakentwöhnung (TE) verstärkt innerhalb des Gesundheitssystems implementiert werden, um Rauchern dabei zu helfen, erfolgreich das Rauchen zu beenden. Die besten langfristigen Erfolgsquoten können mit einer Kombination aus Verhaltenstherapie und medikamentöser Entzugsbehandlung erzielt werden [7, 8]. Bereits kurze Interventionen können die Aufhörtquote dabei wesentlich erhöhen [7, 9, 10]. Krankenhäusern kommt bei der TE in mehrfacher Hinsicht eine einzigartige Schlüsselrolle zu (s. [Tab. 1](#)).

Die stationäre Behandlung stellt einen idealen „teachable moment“ für den Beginn einer Verhaltensänderung dar. Zahlreiche Untersuchungen konnten zeigen, dass Maßnahmen zur TE im stationären Bereich effektiv und kosteneffizient sind [2, 10–12], unabhängig davon, ob sie von Ärzten oder Pflegekräften durchgeführt wurden [11, 13–17]. Zusätzlich zum Effekt solcher Maßnahmen auf das Rauchverhalten der Patienten tragen Krankenhäuser zur Verbreitung von Konzepten zur Gesundheitsförderung bei Besuchern, Personal und der Bevölkerung bei [18]. Immer mehr Krankenhäuser erkennen das Potenzial, das sich im stationären Bereich für den Beginn einer effektiven TE bietet, und führen entsprechende Angebote ein.

Insgesamt werden die Möglichkeiten zur TE im Gesundheitswesen meist zu wenig genutzt, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Als Ursachen werden meist Zeitmangel, fehlende Vergütung und die mangelnde eigene Qualifikation angeführt [19–22]. Es finden sich aber auch fehlendes Gefühl der Verantwortlichkeit für die Tabakentwöhnung und eine Unterschätzung der Effektivität von Maßnahmen zur Tabakentwöhnung [5, 21, 23].

Tab. 2 Inhalte des Fragebogens.

- Beginn des Rauchens
- soziales Rauchumfeld
- bisherige Aufhörtversuche (Anzahl, Art und Weise, Entzugssymptome, wahrgenommene Unterstützungsangebote, Rückfallsituationen)
- aktuelles Rauchverlangen, Aufhörtmotivation und –zuversicht
- Komorbidität, körperliche Symptome
- Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTND)
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), deutsche Version
- soziodemografische Daten

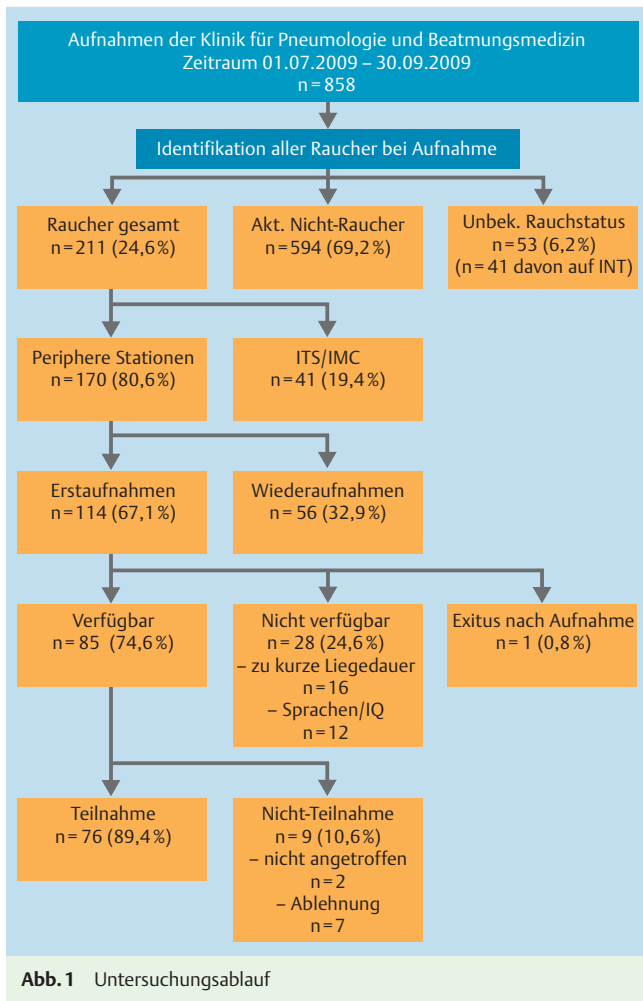
Für Deutschland gibt es nur wenig Daten zu den Charakteristika von hospitalisierten Rauchern, und vorhandene Daten aus anderen Ländern können aufgrund teils erheblicher Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur und im medizinischen Versorgungssystem nicht ohne weiteres übertragen werden.

Um entsprechende Daten zur Planung einer eigenen Maßnahme zur stationären TE zu erhalten und die Akzeptanz eines selbst entwickelten Fragebogeninstrumentes zu testen, führten wir die vorliegende Befragung durch, die auch für andere Kliniken als Anhaltspunkt bei der Planung und Implementierung eines Beratungs- oder Entwöhnungsprogramms dienen kann.

Material und Methoden

Im Zeitraum Juli bis September 2009 wurde bei allen stationären Aufnahmen in die pneumologische Klinik unseres Hauses der Rauchstatus durch das aufnehmende Personal erfragt und durch Abgleich mit dem CO-Hb-Wert der Blutgasanalyse validiert. Aufnahmen auf die Intensivstation und Wiederaufnahmen während des Untersuchungszeitraumes wurden nicht in die Befragung aufgenommen. Ausschlusskriterien waren eine Liegedauer ≤ 2 d sowie eine relevante kognitive oder kommunikative Einschränkung. Die einschussfähigen Patienten wurden am ersten oder zweiten Tag des stationären Aufenthaltes durch einen Facharzt für Innere Medizin aufgesucht. Nach ausführlicher Erläuterung des Untersuchungsziels und Einholung des schriftlichen Einverständnisses erhielten die teilnehmenden Raucher (TN) einen selbst zusammengestellten Fragebogen (s. [Tab. 2](#)).

Zusätzlich zum Fragebogen wurden aus den Krankenakten klinische Daten erhoben. Die Datenerhebung erfolgte pseudonymisiert. Noch am selben Tag oder am Folgetag wurde der Fragebo-



gen bei den Patienten eingesammelt. In der Mehrzahl der Fälle kam es während dieses Kontaktes zu Gesprächen über das Rauchen und die verschiedenen Möglichkeiten des Aufhörens. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und eine Nicht-Teilnahme frei von Nachteilen. Ein Votum der lokalen Ethikkommission war aufgrund des nicht-interventionellen Charakters nicht notwendig. Die Daten wurden rein deskriptiv mit einem gängigen Datenverarbeitungsprogramm ausgewertet.

Ergebnisse

Im Untersuchungszeitraum fanden insgesamt 858 stationäre Aufnahmen statt. Der Raucheranteil lag bei 24,6% (n=211). Von den Erstaufnahmen auf peripheren Stationen mussten 24,6% aufgrund zu kurzer Liegedauer bzw. kognitiver oder sprachlicher Einschränkungen ausgeschlossen werden. Ein Patient verstarb kurz nach der Aufnahme auf der peripheren Station. Insgesamt standen für die Erhebung somit 85 Raucher zur Verfügung, von denen 89,4% an der Befragung teilnahmen (s. **Abb. 1**).

Die soziodemografischen und medizinischen Daten der TN sind in **Tab. 3** und **Tab. 4** dargestellt. Rund 62% der TN waren männlich. Der Altersdurchschnitt lag bei 55,5 Jahren. Mehr als ein Drittel lebte allein. Der Abschluss der Hauptschule und eine abgeschlossene Lehre/Ausbildung waren die häufigsten angegebenen höchsten Schul- bzw. Berufsabschlüsse. Das durchschnitt-

Tab. 3 Soziodemografische Daten.

	MW	SD
Alter	55,5	15,5
n = %		
Geschlecht männlich	47	61,8
aktueller Familienstand		
alleine lebend	29	38,2
in Partnerschaft	12	15,8
verheiratet	34	44,7
geschieden (jemals)	22	28,9
verwitwet (jemals)	6	7,9
Schulabschluss		
keine Angabe	1	1,3
Kein Schulabschluss	3	3,9
Hauptschulabschluss	43	56,6
Realschulabschluss	19	25,0
Hochschulreife (allg./fachgeb.)	10	13,2
Berufsabschluss		
keine Angabe	1	1,3
kein Berufsabschluss	15	19,7
abgeschlossene Lehre/Ausbildung	48	63,2
abgeschlossene Meisterschule	8	10,5
Hochschul-/Fachhochschulabschluss	4	5,3
aktuell berentet/arbeitslos	37	48,7
Bruttoeinkommen		
keine Angabe	3	4,0
<20 000 €	50	65,8
20 000 – 40 000 €	18	23,7
40 000 – 60 000 €	4	5,3
60 000 – 100 000 €	1	1,3
>100 000 €	0	0

Tab. 4 Medizinische Daten.

	MW	SD
Aufenthaltsdauer [d]	6,9	4,3
Anzahl dokumentierter Diagnosen	5,3	2,3
n = %		
Hauptdiagnosen (nach Fachgebiet)		
Pneumologie	67	88,2
obstruktive Ventilationsstörung	25	32,9
Lungenherd/Lungenkarzinom	19	25,0
infektiologisch	12	15,8
andere pneumologische Erkrankung	11	14,5
Kardiologie	1	1,3
Gastroenterologie	5	6,6
sonstige	3	4,0
dokumentierte Komorbidität		
kardial	17	22,4
vaskulär	14	18,4
Hypertonie	24	31,6
pulmonal (ohne Diagnose Lungenkrebs)	58	76,3
gastrointestinal	8	10,5
hepatisch (einschl. Galle)	6	7,9
renal	3	4,0
Diabetes mellitus	8	10,5
Neoplastisch	25	33,9
zerebral	6	7,9
psychiatrisch	14	18,4
sonstige	37	48,7

liche jährliche Bruttoeinkommen lag bei 2/3 der Befragten unterhalb 20 000 €.

Nur 12% hatten nicht-pneumologische Aufnahmediagnosen. Die häufigsten Erkrankungen waren obstruktive Atemwegserkrankungen und Lungenkarzinome. Die durchschnittliche Liegedauer lag bei knapp 7 Tagen. Bei den meisten Patienten konnten mehrere Komorbiditäten erhoben werden.

Die Werte der bei Aufnahme durchgeführten Lungenfunktion und der Blutgasanalyse sind in **Tab. 5** dargestellt. Der Referenzwert für CO-Hb im eigenen nichtrauchenden Kollektiv lag bei 1,5 (+/-0,3).

Die Ergebnisse zur Rauchanamnese sind ausführlich in **Tab. 6** dargestellt. Der Rauchbeginn lag durchschnittlich bei 17,1 Jahren. Es waren im Mittel 40,7 Packungsjahre (PY) geraucht worden. 75,0% hatten bisher mindestens einen Rauchstoppversuch (im Mittel 2,3) unternommen, wobei der letzte Aufhörversuch durchschnittlich bereits 7,6 Jahre zurücklag. Die meisten vergangenen Aufhörversuche wurden spontan ohne Vorplanung/-bereitung unternommen. Insgesamt war es bei 58% der TN im Rahmen des Rauchstopps zu Entzugssymptomen gekommen. Im Fagerström-Test zeigten knapp zwei Drittel eine mittelschwere bis schwere Abhängigkeit. Die Analyse der Rückfallsituationen ergab, dass 50% mit Stress oder Ärger, 13% mit Entzugs- oder Cravingsymptomen, 11% mit geselligen Anlässen und 6,5 mit einer Gewichtszunahme verbunden waren.

Zwei Drittel der TN mit Aufhörversuchen hatten bislang keine Erfahrungen mit Unterstützungsmaßnahmen zum Rauchstopp. Knapp ein Drittel hatte Erfahrung mit Pharmakotherapie und jeder zehnte mit verhaltenstherapeutischer Unterstützung.

Rauchen am Arbeitsplatz, rauchende Familienangehörige und insbesondere häufiger Kontakt zu Rauchern in der Freizeit (bei 80% der TN) wurden bei den Fragen zum sozialen Rauchumfeld häufig positiv beantwortet.

Es fanden sich bei vielen Patienten rauchassoziierte körperliche Beschwerden wie Belastungs-/Ruhedyspnoe oder Husten/Auswurf. In den letzten 12 Monaten hatten die meisten TN mindestens einmal Kontakt zum Hausarzt oder waren stationär im Krankenhaus. Regelmäßiger Alkoholkonsum fand sich bei fast jedem zweiten TN, wobei im Schnitt 9,4 Standardeinheiten des jeweiligen Getränks pro Woche getrunken wurden (**Tab. 7**).

Im HADS-Fragebogen (**Tab. 8**) zeigten auf beiden Subskalen jeweils 25% der TN einen Wert im Bereich einer „möglichen Störung“ (8 bis <11). Werte im Sinne einer „wahrscheinlichen Störung“ (≥ 11) hatten 26,3% der TN auf der Angstskala und 30,3% auf der Depressivitätsskala. Insgesamt zeigten fast drei Viertel der TN einen auffälligen Wert oberhalb des empfohlenen Grenzwertes von 8 auf mindestens einer der Subskalen.

Diskussion

Die vorliegende Untersuchung liefert wichtige Zahlen und Informationen für die Planung und Implementierung von stationären Interventionen zur TE. Die Raucherquote in unserem Patientenkollektiv lag mit rund 25% im Bereich anderer Untersuchungen in Krankenhäusern (13–30% Deutschland, 34–40% EU/USA), ebenso die Alters- und Geschlechterverteilung, das Alter bei Rauchbeginn, die aktuelle Anzahl gerauchter Zigaretten, die Summe der Packungsjahre und die Quote einer mindestens mittelschweren Tabakabhängigkeit [13, 24–26]. Bedingt durch das Untersuchungsdesign standen in unserer Erhebung 40% der insgesamt aufgenommenen Raucher auf peripheren Stationen zur

Tab. 5 Auffällige Werte in den pneumologischen Untersuchungen.

	n =	%
PaO ₂ < 60 mmHg	9	11,8
PaCO ₂ \geq 45 mmHg	7	9,2
PaO ₂ < 60 mmHg und PaCO ₂ > 44 mmHg	4	5,3
TLC% Soll < 80 %	10	13,2
FEV1 % Soll < 80 %	32	42,1
Tiffeneau < 70 %	24	31,6
	MW	SD
CO-Hb	3,7	2,3

Tab. 6 Rauchanamnese.

	MW	SD
Rauchbeginn [Lebensjahr]	17,1	4,7
Pack year [PY]	40,7	21,7
akt. Zig/d [n]	13	10
Verlangen nach Zigaretten [Min = 1, Max = 6]	4,1	1,3
Aufhörversuche (n = 57TN)		
Anzahl bisheriger Aufhörversuche [n]	2,3	2,4
längste rauchfreie Zeit [Monate]	7,7	17,0
Zeit seit dem letzten Aufhörversuch [Jahre]	7,6	11,8
rauchfreie Zeit beim letzten Aufhörversuch [Monate]	4,3	9,4
	n =	%
Art des letzten Aufhörversuchs		
ohne Vorplanung „von jetzt auf nachher“	23	40,4 ^A
geplant für denselben Tag	5	8,8 ^A
geplant mit 1 Tag Vorlauf	5	8,8 ^A
geplant mit \geq 1 Tag Vorlauf	7	12,3 ^A
andere Vorgehensweise	8	14,0 ^A
kann mich nicht mehr erinnern	8	14,0 ^A
Entzugssymptome bei letztem Aufhörversuch	33	57,9 ^A
Erfahrung mit Unterstützungsmaßnahmen		
bisher keine Erfahrung mit Unterstützungsmaßnahmen	38	66,7 ^A
Erfahrung mit 1 Maßnahme	12	21,1 ^A
Erfahrung mit \geq 2 verschiedenen Maßnahmen	7	12,3 ^A
Hypnose	1	1,8 ^A
Akupunktur	5	8,8 ^A
Pharmakotherapie	18	31,6 ^A
NET	14	24,6 ^A
Bupropion	2	3,5 ^A
Vareniclin	2	3,5 ^A
Verhaltenstherapie	6	10,5 ^A
andere	1	1,8 ^A
aktuelle Medikation zur TE	4	5,3
soziales Rauchumfeld		
Partner raucht	24	31,6
Eltern rauchten/rauchen	29	38,2
Kinder rauchen	27	35,5
Rauchen am Arbeitsplatz erlaubt	20	51,3 ^B
häufiger Kontakt zu Rauchern in der Freizeit	61	80,3
FTND		
0–3	27	35,5
4–6	35	46,1
7–10	14	18,4
Motivation zu Aufhörversuch [Min = 1; Max = 10]	6,1	2,6
Zuversicht bzgl. Aufhörversuch [Min = 1; Max = 10]	5,5	2,4

^A bezogen auf n = 57 TN, die einen Aufhörversuch unternommen hatten

^B bezogen auf 39 erwerbstätige TN

Tab. 7 Angaben zum körperlichen Befinden.

	n=	%
Hausarztbesuch in den letzten 12 Monaten	64	84,2%
Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten	17	22,4%
Häufigkeit Husten/Auswurf		
nie	6	7,9%
selten/wenig	31	40,8%
häufig/sehr häufig	24	31,6%
täglich	15	19,7%
Dyspnoe		
keine Dyspnoe	7	9,2%
in Ruhe	6	7,9%
bei geringer körperlicher Belastung (Anziehen, Gang zur Toilette)	16	21,1%
beim langsamen Gehen in der Ebene	6	7,9%
beim raschen Gehen in der Ebene	22	28,9%
beim raschen Bergaufgehen	16	21,1%
beim Sport	3	3,9%
körperliche Aktivität		
gar nicht	31	40,8%
1 x/Woche	12	15,8%
2 – 3x/Woche	10	13,2%
4 – 5x/Woche	5	6,6%
fast täglich	9	11,8%
täglich	9	11,8%
Alkohol/Drogen		
regelmäßig Alkoholkonsum	36	47,4%
alkoholische Einheiten/Woche	9,4	9,8
illegale Drogen	3	3,9%

Verfügung, das entsprach ca. 1,4 Rauchern pro Tag. Unter Berücksichtigung von Wiederaufnahmen und Verlegungen von der Intensivstation auf die periphere Station wären zwischen 3 und 4 Raucher arbeitstäglich für eine Intervention zur TE in Frage gekommen. Bei einer Liegedauer von fast 7 Tagen ist mindestens ein Kontakt, eher zwei Kontakte pro rauchendem Patienten möglich. Die in den meisten Fällen vorliegende Tabakabhängigkeit und die häufigen Entzugssymptome bei vergangenen Aufhörversuchen unterstreichen die Notwendigkeit, im Krankenhaus mindestens eines der zur Entzugsbehandlung zugelassenen Medikamente vorzuhalten und diese den Patienten bei entsprechender Indikation und nach Ausschluss von Kontraindikationen anzubieten. Ärzten wie Pflegekräften muss dabei sowohl die Sinnhaftigkeit der medikamentösen Entzugsbehandlung als auch die Wirkungsweisen und möglichen Nebenwirkungen der verschiedenen Substanzen bekannt sein.

Die meisten Raucher hatten bei zurückliegenden Aufhörversuchen bisher keine Unterstützung in Anspruch genommen und könnten vor diesem Hintergrund für weiterführende Maßnahmen gewonnen werden. Besondere Beachtung verdient das soziale Umfeld der Raucher, da Rauchmöglichkeiten am Arbeitsplatz, rauchende Familienangehörige und rauchende Freunde/Bekannte in der Freizeit einen Rauchstoppversuch erschweren können. Rauchende Familienangehörige und Lebenspartner sollten in die Beratung oder zumindest in weiterführende Unterstützungsangebote mit eingebunden werden.

Trotz des großen Umfangs des verwendeten Fragebogeninstruments fand sich eine hohe Akzeptanz bei der Beantwortung der Fragen, die sich auch in der niedrigen Ablehnquote von nur 8% und in den Entwöhnungsgesprächen zeigte, die sich bei nahezu allen TN beim Abholen des Fragebogens ergaben. Mit einem

Tab. 8 Ergebnisse zu Angst und Depression (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)).

Angstskala	MW	SD
HADS-A	7,9	4,0
	n=	%
HADS-A ≥ 8	19	25,0
HADS-A ≥ 11	20	26,3
Depressivitätsskala	MW	SD
HADS-D	8,5	3,6
	n=	%
HADS-D ≥ 8	19	25,0
HADS-D ≥ 11	23	30,3
Verteilung auffälliger Werte	n=	%
ausschließl. Angstwert auffällig (≥ 8)	14	18,4
ausschließl. Depressivitätswert auffällig (≥ 8)	17	22,4
Angst- und Depressivitätswert gemeinsam auffällig (jeweils ≥ 8)	25	32,9
mindestens ein auffälliger Wert im HADS	56	73,7

Anamnesebogen für Raucher können, ohne großen Ressourcenverbrauch, eine Vielzahl von Informationen erhoben werden, die für eine anschließende Beratung genutzt werden können. Insbesondere Erfahrungen mit Aufhörversuchen, die bei 75% der befragten Patienten vorlagen, liefern viele Argumente für die Planung eines erneuten Rauchstoppversuchs.

Bezogen auf die Altersstruktur der Zielgruppe und das Bildungsniveau sollten Informationen zum Rauchen und zur TE gut strukturiert und einfach verständlich aufgebaut sein.

Die Frage nach dem Bruttojahreseinkommen zeigte, dass dem Großteil der Raucher jährlich weniger als 20.000,- € zur Verfügung stehen. Geldmangel wird von Rauchern häufig als Argument gegen die Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen und gegen eine medikamentöse Begleittherapie angeführt. Gerade vor dem Hintergrund der Einkommenssituation in unserem Kollektiv kann dieses Argument in der Beratung umgedeutet werden als Chance auf zukünftig wesentlich mehr Geld nach einem erfolgreichen Rauchstopp. In der Beratung sollte auf die Rückfallgefahr bei begleitendem Alkoholkonsum hingewiesen werden.

Auch die von uns gefundene hohe Zahl von Komorbiditäten, Auffälligkeiten in durchgeführten Untersuchungen und die Häufigkeit von körperlichen Symptomen stellen eine Chance zur Erhöhung der Aufhörmotivation dar: Patienten zeigen sich in stärkerem Maß für eine Verhaltensänderung sensibilisiert, wenn sie negative gesundheitliche Folgen des Tabakrauchens erfahren [10,27,28]. Als wirkungsvolles Konzept suchtmedizinischer Kurzinterventionen sollten Patienten ein Feedback zu erhobenen Befunde erhalten [29].

Das Ergebnis, dass die weit meisten Rückfälle bei Stress oder Ärger auftraten, unterstreicht eine verhaltenstherapeutische Unterstützung mit der Erarbeitung von Alternativen zum Stressabbau und zur Stressbewältigung. Zudem sind Angst und Depressivität wichtige und häufig vorkommende Faktoren, die den Erfolg von Interventionen zur TE negativ beeinflussen können. Während ängstliche Symptome mit dem stationären Setting, anstehenden invasiven Untersuchungen oder der Unsicherheit in Bezug auf eine mögliche neue Diagnose erklärt werden können, muss der erhöhten Depressivität bei Rauchern besonderes Augenmerk geschenkt werden. Raucher mit depressiven Symptomen könnten von einer intensiveren Unterstützung im Anschluss an den stationären Aufenthalt profitieren. Der HADS ist ein geeignetes

Screeninginstrument, um Raucher auf depressive Symptome hin zu untersuchen.

Die Angaben über die Kontakthäufigkeit zum Gesundheitswesen in den vergangenen 12 Monaten, insbesondere zum Hausarzt, belegen, dass auch im ambulanten Bereich eine Vielzahl von Gelegenheiten zur motivierenden Intervention vorhanden ist, die bislang häufig nicht genutzt werden.

Limitierungen

Die vorliegenden Daten sind an einem überwiegend pneumologischen Patientenkollektiv erhoben worden. Sie sind nicht direkt auf andere Patientengruppen in Krankenhäusern übertragbar. Dennoch liegen die erhobenen Daten im Bereich anderer, auch nicht-pneumologischer Untersuchungen.

Neben den validierten Testinstrumenten (HADS, Fagerström Test) enthielt der verwendete Fragebogen zahlreiche anamnestiche Fragen, die selbst entwickelt wurden. Eine Validierung dieser Fragen fand jedoch im Vorfeld nicht statt. Insgesamt wurde eine Vielzahl von Items abgefragt. Zur Anwendung im klinischen Alltag können auch kürzere Fragebögen sinnvoll sein.

Eine Erhebung der Passivrauchbelastung sollte bei der stationären Aufnahme mit erfolgen, ebenso sollte die Frage nach dem Rauchen am Arbeitsplatz differenzierter gestellt werden (Rauchen am Arbeitsplatz selbst oder in spez. Raucherbereich?).

Fazit

Die Verwendung eines spezifischen Fragebogens zur Erhebung der Rauchanamnese ist in Akutkliniken ohne großen Ressourcenaufwand umsetzbar und erleichtert eine nachfolgende bettseitige Beratung rauchender Patienten wesentlich. Um ihrer Schlüsselrolle bei der Tabakentwöhnung gerecht zu werden und das immense Potenzial besser zu nutzen, sollten wesentlich mehr Krankenhäuser als bisher entsprechende Interventionen anbieten. Die vorliegenden Daten können als Grundlage für die Planung von stationären Interventionen zur TE herangezogen werden. Sie geben wichtige Hinweise darauf, welche Inhalte für stationäre Maßnahmen erforderlich und sinnvoll sind. Durch entsprechende Qualifizierung von Mitarbeitern sind Maßnahmen zur Tabakentwöhnung durch ein multidisziplinäres Team im stationären Ablauf durchführbar.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166: 675–679
- 2 Mohiuddin SM, Mooss AN, Hunter CB et al. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest* 2007; 131: 446–452
- 3 Doll R, Peto R, Boreham J et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *Bmj* 2004; 328: 1519
- 4 Martucci P, Sestini P, Canessa PA et al. Smoking cessation in patients requiring bronchoscopy: The Bronchoscopy AntiSmoking Study (BASIS). *Respir Med* 2009
- 5 Oyston J. The role of anesthesiologists in promoting smoking cessation. *Can J Anaesth* 2011
- 6 Welte R, Koenig H, Leidl R. The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *EUR J PUB HEALTH* 2000; 10: 31–38
- 7 Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care* 2008; 53: 1217–1222
- 8 Andreas S, Batra A, Behr J et al. [Guidelines for smoking cessation in patients with COPD issued by the Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin]. *Pneumologie* 2008; 62: 255–72
- 9 Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 2: CD000165.
- 10 Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 3: CD001837.
- 11 Miller NH, Smith PM, DeBusk RF et al. Smoking cessation in hospitalized patients. Results of a randomized trial. *Arch Intern Med* 1997; 157: 409–415
- 12 Fung PR, Snape-Jenkinson SL, Godfrey MT et al. Effectiveness of hospital-based smoking cessation. *Chest* 2005; 128: 216–223
- 13 Bosch D. [Smoking-cessation-counselling as a smoking cessation interventional tool for hospitalized patients – results of a pilot study]. *Pneumologie* 2009; 63: 578–581
- 14 Gadomski AM, Garrett J, Krupa N et al. Effectiveness of an inpatient smoking cessation program. *J Hosp Med* 6: 1–8
- 15 Jonsdottir H, Jonsdottir R, Geirsdottir T et al. Multicomponent individualized smoking cessation intervention for patients with lung disease. *J Adv Nurs* 2004; 48: 594–604
- 16 Quist-Paulsen P, Gallefoss F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *Bmj* 2003; 327: 1254–1257
- 17 Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; Issue 1: Art.No.: CD001188
- 18 Rustler C, Nehr Korn M. [From smoke-free to smoke-free PLUS. Why a ban on smoking in health facilities alone is not enough]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010; 53: 164–169
- 19 Twardella D, Brenner H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *Eur J Public Health* 2005; 15: 140–145
- 20 Twardella D, Brenner H. Effects of practitioner education, practitioner payment and reimbursement of patients' drug costs on smoking cessation in primary care: a cluster randomised trial. *Tob Control* 2007; 16: 15–21
- 21 Rupp A, Neudert M, Hetzel M. [Smoking cessation programmes at hospitals with departments for lung diseases]. *Dtsch Med Wochenschr* 2010; 135: 501–506
- 22 Freund M, Campbell E, Paul C et al. Smoking care provision in hospitals: a review of prevalence. *Nicotine Tob Res* 2008; 10: 757–774
- 23 Raupach T, Merker J, Hasenfuss G et al. Knowledge gaps about smoking cessation in hospitalized patients and their doctors. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2011; 18: 334–341
- 24 Benowitz NL, Schultz KE, Haller CA et al. Prevalence of smoking assessed biochemically in an urban public hospital: a rationale for routine cotinine screening. *Am J Epidemiol* 2009; 170: 885–891
- 25 Hauser W, Schaal N, Schiedermaier P et al. [Nicotine dependence and motivation for smoking cessation in patients of a cardiologic-pneumologic department]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2002; 52: 302–305
- 26 van Berkel TF, Boersma H, De Baquer D et al. Impact of smoking cessation and smoking interventions in patients with coronary heart disease. *Eur Heart J* 1999; 20: 1773–782
- 27 Keenan PS. Smoking and weight change after new health diagnoses in older adults. *Arch Intern Med* 2009; 169: 237–242
- 28 Twardella D, Loew M, Rothenbacher D et al. The diagnosis of a smoking-related disease is a prominent trigger for smoking cessation in a retrospective cohort study. *J Clin Epidemiol* 2006; 59: 82–89
- 29 Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993; 88: 315–35
- 30 Rigotti NA, Arnsten JH, McKool KM et al. Smoking by patients in a smoke-free hospital: prevalence, predictors, and implications. *Prev Med* 2000; 31: 159–66
- 31 Smith J, Callaghan CO. Exploration of in-patient attitudes towards smoking within a large mental health trust. *Psych Bull* 2008; 32: 166–169
- 32 Borrelli B, Hayes RB, Dunsiger S et al. Risk perception and smoking behavior in medically ill smokers: a prospective study. *Addiction* 2005; 100: 1100–1108
- 33 Duffy S, Scholten R, Karvonen-Gutierrez C. The relation of tobacco use during hospitalization to post-discharge smoking cessation among US veterans. *Prev Med* 2010; 50: 285–287