

AMB 2003, 37, 7

Raucherentwöhnung bei Krankenhausmitarbeitern

Die Folgen der Tabakabhängigkeit werden - Prognosen zufolge - in wenigen Jahren die häufigste Krankheits- und Todesursache weltweit sein. Mit Nikotin-Ersatzmitteln sowie gesprächs- und verhaltenstherapeutischen Interventionen stehen wirksame Methoden zur Verfügung, um entwöhnungswillige Raucher zu unterstützen (vgl. 1). Beschäftigten in Gesundheitseinrichtungen und Krankenhäusern kommt bei der verstärkt notwendigen Behandlung der Tabakabhängigkeit eine wichtige Vorbildfunktion zu. Aus amerikanischen Studien ist bekannt, daß mehr als 70% der Raucher jedes Jahr Einrichtungen des Gesundheitswesens aufsuchen. Andererseits ist bekannt, daß nichtrauchende Beschäftigte Patienten zur Raucherentwöhnung effektiver motivieren (2). Jedoch fand sich in früheren Erhebungen unter Mitarbeitern in deutschen Krankenhäusern sogar ein höherer Raucheranteil als in der Gesamtbevölkerung (3).

An den Kliniken Essen-Mitte wurde nun eine aktuelle Erhebung der Raucherprävalenz bei Krankenhauspersonal und nachfolgend eine kontrollierte Studie zur strukturierten betriebsinternen Raucherentwöhnung durchgeführt. Über die Ergebnisse dieser Untersuchung wurde kürzlich in der Dtsch. Med. Wschr. berichtet (4).

Bei der initialen Erhebung wurden 350 Mitarbeiter in einem Betriebsteil der Kliniken anonym zu ihren Rauchgewohnheiten schriftlich befragt. Bei einer hohen Rücklaufquote der Fragebögen (86%) fanden sich unter 296 Mitarbeitern (Durchschnittsalter 38 Jahre) 140 Raucher (47%). Ein besonders hoher Raucheranteil fand sich bei Mitarbeiter(inne)n in der Krankenpflege (57%); bei ärztlichem Personal war der Raucheranteil mit 24% geringer. 116 der 140 rauchenden Mitarbeiter waren zur Raucherentwöhnung motiviert und nahmen an der hierzu angebotenen Interventionsstudie teil. Im Rahmen der Studie erhielten alle Raucher eine ausführliche Anamnese zum Raucherverhalten sowie eine darauf aufbauende Beratung zur Nikotinentwöhnung. Entsprechend dem Abhängigkeitsprofil im Fagerström-Fragebogen wurden in akuten Rückfallsituationen Membranpflaster mit 24,9 oder 16,6 mg Nikotin sowie Nikotinkaugummi mit 2 mg verordnet. Zusätzlich

wurde ein 10stündiges Programm zur Stressreduktion angeboten. 53 der 116 Raucher wünschten die Teilnahme an einem solchen Kurs. Hauptendpunkt der Studie war die kontinuierliche Abstinenz nach 3 Monaten; Nebenendpunkte waren die Abstinenz nach 6 Monaten sowie die expiratorische Kohlenmonoxid(CO)-Konzentration zur Objektivierung der Abstinenz.

Die Abstinenzrate bei allen Studienteilnehmern betrug 38% nach 3 Monaten und 30% nach 6 Monaten. Teilnehmer der Stressreduktions-Gruppe hatten höhere Abstinenzraten (42% vs. 35% nach 3 Monaten; 41% vs. 20% nach 6 Monaten); die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant. Die CO-Konzentration nach 3 und 6 Monaten war signifikant reduziert, hierbei ausgeprägter bei Teilnehmern mit Stressreduktions-Training ($p = 0,03$). In der Diskussion wird auf die hohe Raucherprävalenz, insbesondere in der Krankenpflege, hingewiesen.

Fazit: Durch innerbetriebliche Aktionen mit ärztlich geführter Nikotinersatz-Therapie ist eine vergleichsweise hohe Abstinenzrate bei rauchenden Krankenhausmitarbeitern zu erzielen. Die Einrichtung fördernder Strukturen, z.B. in Form eines "raucherbeauftragten Arztes" am Krankenhaus wird empfohlen. Für viele Kliniken wäre dies vermutlich ein wichtiger Schritt zur mittelfristigen Umsetzung des von der WHO propagierten "Rauchfreien Krankenhauses". Der Wert unterstützender Programme zur Stressreduktion im Rahmen innerbetrieblicher Raucherentwöhnung sollte in größeren Studien untersucht werden.

Literatur

1. AMB 2000, **34**, 25.
2. The tobacco use and dependence clinical practice guideline panel, staff, and consortium representatives: JAMA 2000, **283**, 3244.
3. Troschke, G.: Gesundheitsberatung zur Tabakentwöhnung. Gustav Fischer, Jena 1992.
4. Michalsen, A., et al.: Dtsch. Med. Wochenschr. 2002, **127**, 1742.